

AD/HD som en rød ,usynlig tråd gjennom livet

*Fire kvinners fortellinger om det å leve med ubehandlet AD/HD
og om betydningen av å få stilt diagnosen i voksen alder*

Anette Mossin Wagle



Masteroppgave i spesialpedagogikk

Vår 2007

UNIVERSITETET I OSLO

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

Sammendrag

”AD/HD som en rød usynlig tråd gjennom livet”

Formål og problemstilling: De siste ti årene har det vært en økende interesse om AD/HD hos jenter. Likevel viser forskning at det fortsatt er behov for å vite mer om de ulike aspektene ved diagnosen hos denne gruppen. I mange tilfeller blir AD/HD hos jenter ikke oppdaget før jentene blir voksne og plages av angst og depresjoner. I flere tilfeller blir det aldri stilt en diagnose. Mange ender opp med alvorlige problemer forbundet med både utdanning, samliv, psykiske og sosiale vansker i voksen alder (Nadeau, 1999). Det er forsket lite på kvinner med AD/HD. Kvinner med AD/HD en ubrukt ressurs. De sitter med viktig kunnskap om diagnosen som kan komme den oppvoksende generasjon jenter med AD/HD til gode. Studiens formål er å fange opp kvinners tanker og erfaringer rundt det å vokse opp med en uidentifisert AD/HD, og få nærmere innsikt i hva det kan bety for disse kvinnene å få stilt diagnosen i voksen alder. Jeg har kommet fram til følgende problem formulering:

Hva innebærer det for kvinner å få stilt diagnosen AD/HD i voksen alder?

Følgende underspørsmål har vært aktuelle for å gi et helhetlig bilde av problemstillingen:

1. På hvilken måte mener kvinner som har fått stilt AD/HD i voksen alder at diagnosen har spilt inn på deres tidligere opplevelser?
2. Hvilke tanker gjør kvinnene seg om betydningen av å få fastsatt diagnosen i voksen alder?

Metode: Studien er basert på en kvalitativ undersøkelse med intervju som metode. Informantene er fire kvinner som har fått fastsatt diagnosen AD/HD i voksen alder. Intervjuene er tematisert og semistrukturerte. Intervjuguidens første del tok utgangspunkt i hvordan vanskene relatert til AD/HD har influert på kvinnes ulike livsarenaer som skolen, vennskap, forholdet til foreldre og viktige andre i oppveksten. Intervjuets andre del dreier seg om hvilke faktorer som har vært av betydning i forbindelse diagnosefastsettelse i voksen alder. I studien har jeg anvendt en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming med inspirasjon fra ”grounded theory” til bearbeiding og analyse av data. Gjennom bearbeiding av datamaterialet har jeg forsøkt å finne fram til teoretiske og faglige aspekter som kan være med på å løfte fram kvinnes opplevelser og erfaringer. Kunnskap om AD/HD, symbolsk interaksjonisme med vekt på ”generaliserte og signifikante andre” og Antonovskys (1987) salutogenetiske perspektiv er blitt benyttet for å belyse oppgavens problemformulering og for å kunne diskutere funn.

Resultater: Jeg har brukt motsetninger som et hovedfenomen i analysen fordi jeg mener at det eksisterer en rød tråd av motstridende følelser og motsetningsfylte hendelsesforløp i kvinnenes tilbakeblikk i oppveksten. Disse motsetningene synes å ha influert på viktige områder i deres liv. Studien har vist at kvinnenes symptomer manifesterte seg på subtilt vis. De har vært rolige og urolige, impulsive, intense, pratsomme, tilbaketrukket eller tenkende. Undersøkelsen indikerer at informantene har kompensert for sine vansker ved å kontrollere sider ved seg selv. Med årene har de kjempet en indre kamp for å holde indre uro og kaos under kontroll. Det kan være grunn til å tro at informantene, på bakgrunn av sitt ønske om å leve opp til dypt festede forventninger til hvordan jenter "burde være" etter hvert internaliserte sine vansker. Resultatet ble at de utviklet tileggsproblemer allerede i tenårene. Ved siden av nederlag på skolen, kognitive vansker og underlying, har informantenes største problemer utspilt seg på den sosiale arenaen. Undersøkelsen viser at de har slitt med å finne en balanse i relasjoner. Flere nevner at det var vanskelig å forstå de sosiale kodene da de var yngre. Forholdet til såkalte viktige andre i oppveksten har satt dype spor i informantenes selvforståelse. Det synes som at kvinnene på ulike måter har gått på akkord med seg selv for å oppnå aksept fra sine omgivelser. Det er mye som tyder på at de psykologiske konsekvensene, som lav selvoppfatning og følelsen av mindreverd, resulterte i at kvinnene undertrykket sider ved seg selv og sine behov i relasjoner, for å oppnå anerkjennelse og tilhørighet.

Undersøkelsen viser at informantene gjennom mange år har opplevd et høyt stressnivå. Samtlige gir beskrivelser av å nå et kritisk punkt i voksenalder. Informantene forteller om angst, depresjoner og om psykiske sammenbrudd. Studien indikerer imidlertid at kvinnene til tross for stor ubalanse mellom stressfaktorer og ressursfaktorer i oppveksten har klart å mobilisere sine indre og ytre ressurser. Støtte fra viktige andre, en tante, eller en venn var helt avgjørende for informantene.

Studien antyder at diagnose fastsettelse har hjulpet kvinnene til å sette tidligere hendelser inn i en mer forklarlig sammenheng. Der de tidligere har opplevd frustrasjon, kaos og motsetningsfylte hendelsesforløp, har de ved å identifisere sine vansker kunnet sortere noe av kaoset og selvbebreidelsene. Det å begripe sin egen situasjon, har forandret kvinnenes perspektiver på seg selv og lettet en bær av skyld, skam og mindreverd fra deres skuldre. Studien viser at innsikt i egne vansker, medikamentell og terapeutisk behandling, samt viktige støtte personer og nær familie er nøkkelfaktorer i forhold til hvordan informantene opplever at de i dag kan håndtere sine symptomer og oppnå større balanse i hverdagen. Samtlige gir uttrykk for at de ikke "er sin diagnose", og at det er lite fruktbart å bruke diagnosen som en unnskyldning eller å sykdomsforklare.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og utfordrende prosess. I dager og måneder har jeg forsøkt å holde meg oppreist i et nokså ulendt og ukjent terreng. Utilstrekkelig og redd, overmodig og nysgjerrig har jeg svevet og falt. Men mest av alt tenker jeg at jeg har vært heldig som har fått lov til å fordype meg i oppgavens viktige tema og utvikle min egen forståelses horisont.

Først vil jeg takke de flotte kvinnene som stilte opp som informanter. Med selvinnsikt, åpenhet og kloke refleksjoner har dere gitt av dere selv. Det er dere som er selve ryggmargen i denne undersøkelsen. Takk for at dere har vist tillit, takk for at dere har vært så modige.

Så vil jeg takke veileder Rita Tangen som med sin genuine interesse og kunnskap på feltet bidro med inspirerende innspill og samtaler. Jeg vil også takke min andre veileder Åse Langballe som lærte meg mye om faget og om metode. Du geleidet meg gjennom analysens mysterier og muligheter. Dine tilbakemeldinger har vært av stor verdi.

Jeg vil rette en stor takk til mine medstudenter som med humor, empati og alvor ga tiden på Helga Eng mening og innhold. Jeg var aldri alene. Takk til korrektur engelen Kari som på sin trygge og ordentlige måte tok tak i mine språklige mangler og muntlige krumspring. Takk til min venninne Vibeke som redigerte og modellerte.

Takk til venner og familie som har holdt ut med meg og støttet meg. Spesielt til mine foreldre som alltid har gitt meg opplevelsen av å være verdifull. Som med sin livsoptimisme og store takhøyde har gitt meg muligheten til å være meg selv. Takk til søsteren min som har fulgt meg og hjulpet meg i mange studieår. Du er gull!

Så en kjærlighetsfull takk til mine to sønner Max og Jonas som har vært både selvhjulpne og forståelsesfulle når rutiner og hverdager, ferier og helger har blitt snudd opp ned. Dere gir livet mitt mening. Takk til Carl for at du har vært så sterkt til stedet for guttene og for meg.

Helt til slutt vil jeg takke min kjære Ellen som har vært der hele tiden. Du er et unikt menneske. Med ditt store hjerte, omsorgsevne og energi har du gjort det mulig for meg å gjennomføre dette prosjektet.

Oslo, mai 2007, Anette Mossin Wagle

Innhold

SAMMENDRAG	III
FORORD	V
INNHold	VII
1. INNLEDNING	1
1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	1
2. FAGLIG OG TEORETISK REFERANSERAMME.....	3
2.1 FAGLIG OG TEORETISK VALG OG BEGRUNNELSE.....	3
2.2 HVA ER AD/HD ?	4
2.3 VOKSNE MED AD/HD	6
2.3.1 <i>Medikamentell behandling av voksne</i>	6
2.3.2 <i>Hva vet vi om kvinner med AD/HD?</i>	7
2.4 OPPMERKSOMHET, HYPERAKTIVITET OG IMPULSIVITET I LYS AV EKSEKUTIVE FUNKSJONER	8
2.5 JENTER MED AD/HD , KRITERIER OG SYMPTOMER	9
2.5.1 <i>Jenter og symptomer</i>	10
2.5.2 <i>Hyperaktivitet hos jenter?</i>	11
2.5.3 <i>jenter med AD/HD og sosial tilkortkomning</i>	11
2.5.4 <i>AD/HD og kjønnsroller</i>	12
2.6 TILLEGGSVANSKER HOS JENTER MED AD/HD	13
2.6.1 <i>Jenter med AD/HD og fagvansker</i>	13
2.6.2 <i>Jenter med AD/HD og seksuell atferd</i>	14
2.7 SELVOPPFATNING HOS JENTER MED AD/HD	14
2.7.1 <i>Selvoppfatning gjennom andres reaksjoner</i>	15
2.7.2 <i>Generaliserte og signifikante andre</i>	16

2.8	ANTONOVSKY	17
2.8.1	<i>Opplevelse av sammenheng</i>	17
2.8.2	<i>Begripelighet , håndterbarhet og meningsfullhet</i>	18
2.8.3	<i>Stressorer og generelle motstandsressurser</i>	19
2.8.4	<i>Forståelse av sammenheng gjennom fortellingen</i>	20
2.8.5	<i>Oppsummering</i>	21
3.	METODE	23
3.1	FORSKNINGSTILNÆRMING	23
3.2	TILNÆRMING TIL FELTET	25
3.2.1	<i>Utvalgskriterier og informanter</i>	25
3.3	DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU	27
3.3.1	<i>Prøveintervju</i>	27
3.3.2	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	28
3.3.3	<i>Min egen rolle i intervjusituasjonen</i>	28
3.3.4	<i>Transkribering av intervjuene</i>	29
3.4	BEARBEIDING OG FREMSTILLING AV DATA	30
3.4.1	<i>Kodingsprosessen</i>	30
3.5	VALIDITET.....	34
3.5.1	<i>Deskriptiv validitet</i>	34
3.5.2	<i>Tolknings og teoretisk validitet</i>	35
3.5.3	<i>Generalisering</i>	36
3.5.4	<i>Validitet i lys av egen forskerrolle</i>	36
3.6	ETISKE REFLEKSJONER	37
4.	ANALYSE OG DRØFTING	39
4.1	TONJE, GINA, BIRGITTE OG LISAS HISTORIER	39

4.1.1	<i>Tonjes historie</i>	40
4.1.2	<i>Ginas historie</i>	41
4.1.3	<i>Birgittes historie</i>	42
4.1.4	<i>Lisas historie</i>	44
4.2	HVORDAN HAR DIAGNOSEN INFLUERT PÅ DERES TIDLIGERE OPPLEVELSER?	45
4.2.1	<i>Motsetninger i tidligere opplevelser</i>	46
4.2.2	<i>Kaos og kontroll</i>	47
4.2.3	<i>Rolig og urolig</i>	49
4.2.4	<i>Balanse og ubalanse</i>	52
4.2.5	<i>Aksept og avvisning</i>	55
4.2.6	<i>Sterk og sårbar</i>	57
4.3	BETYDNINGEN AV DIAGNOSEN	60
4.3.1	<i>Begripe</i>	61
4.3.2	<i>Håndtere</i>	63
4.3.3	<i>Finne mening</i>	67
5.	SAMMENFATNING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	71
5.1	REFLEKSJONER OVER FUNN OG VEIEN VIDERE.....	73
5.1.1	<i>AD/HD i et kjønnskulturelt perspektiv</i>	73
5.1.2	<i>AD/HD i et jente og kvinne perspektiv</i>	74
5.1.3	<i>Utredningsprosessen</i>	75
5.1.4	<i>Er det positivt å få stilt diagnosen AD/HD ?</i>	75
5.2	AVSLUTNING.....	76
	KILDELISTE	78
	VEDLEGG 1	1

VEDLEGG 2	4
VEDLEGG 3	8
VEDLEGG 4	15

1. Innledning

Det er gjennomført flere tusen forskningsprosjekter rundt AD/HD, men det viser seg at det til tross for at det i de siste 10 årene har vært en økt interesse omkring jenter og AD/HD, omhandler de fleste av studiene gutter. Jenter har blitt oversett fordi en ikke har hatt nok kunnskap om at de også kan streve med aktivitetsavvik og / eller oppmerksomhetsvansker i en slik grad at de trenger hjelp (Langete 2004, Farstad og Tangen 2004). En kartleggingsstudie foretatt av Sintef (2004) peker i retning av at det i forhold til jenter finnes betydelige mørketall. Studien indikerer også at jenter oftere blir feildiagnostisert enn gutter. Det kan være grunn til å tro at kvinner med udiagnostisert AD/HD ikke får den hjelpen de har behov for. Mange ender opp med alvorlige psykiske problemer i voksen alder, fordi det ikke er gitt adekvat behandling (Andresen 2005, Hundetvadt 2004, Ryffel- Rawak 2004, Nadeau mfl 1999).

1.1 Formål og problemstilling

"Livet mitt har vært som et kaleidoskop. Perlene har danset sin kaotiske runddans. Jeg har lett og lett i kaleidoskopet etter mønsteret. Noen ganger har jeg øynet konturene av et system, men kaoset har endret seg i et tempo som har gjort det umulig å dvele ved perlenes farge og form. Men i virkeligheten var mønsteret der, hele tiden. Et mønster som hjernen min ikke kunne oppfange. Det måtte fire bokstaver til. Et ord, en diagnose. ADHD. Jeg vrir kaleidoskopet det bitte lille hakket videre, og underet skjer. Perlene faller på plass." (Dysthe 2006:249)

Dette sitatet er hentet fra Pernille Dysthes roman "Hyper". Det er en beretning om en jentes konstante indre uro og hennes jakt etter likevekt og kontroll. I boken følger vi henne frem til hun i voksen alder får stilt diagnosen AD/HD. "Kaleidoskopet" gir et fint bilde på hva det er jeg ønsker å fokusere på i denne oppgaven. Formålet med dette prosjektet er å rette søkelyset mot kvinner som voksen har fått stilt diagnosen AD/HD. Jeg ønsker å gripe fatt i deres erfaringer og opplevelser om det å vokse opp med en ubehandlet AD/HD, og få mer kjennskap til hva det innebærer å få stilt diagnosen i voksen alder. Jeg er av den oppfatning at kvinner med AD/HD sitter med nøkkelen til kunnskap om hvor gjennomgripende AD/HD kan være for jenter. De har

erfaringer som kan gi innsikt i både de kliniske og de psykologiske sidene ved en AD/HD diagnose. Dessuten tenker jeg at kvinnene gjennom å dele sine erfaringer, viser at det finnes muligheter, både for de jentene og kvinnene med en udiagnostisert AD/HD, og for de som har fått diagnosen. Nyere forskning indikerer at det fortsatt er et behov for kunnskap omkring jenter og spesielt kvinner med AD/HD (Nadeau mfl 2002, Solden 1995). På bakgrunn av dette har jeg et genuint ønske om at denne undersøkelsen kan være med på å synliggjøre viktige aspekter rundt hva det innebærer å få diagnosen AD/HD som voksen. På grunnlag av ovenstående redegjørelse har jeg kommet fram til følgende problemformulering:

Hva innebærer det for kvinner å få stilt diagnosen AD/HD i voksen alder?

I hovedtrekk vil jeg med denne problemformuleringen forsøke å samle empirisk materialet der jeg spør fire kvinner med AD/HD om sine retrospektive og nåtidige opplevelser. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan de mener at vanskene relatert til AD/HD manifesterte seg i oppveksten før de fikk diagnosen. Videre ønsker jeg å få vite mer om hva de mener forandret seg da det ble konstatert at de hadde AD/HD. Følgende underspørsmål har derfor vært aktuelle for å gi et helhetlig bilde av problemstillingen:

- På hvilken måte mener kvinner som har fått stilt AD/HD i voksen alder at diagnosen har spilt inn på deres tidligere opplevelser?
- Hvilke tanker gjør kvinnene seg om betydningen av å få fastsatt diagnosen i voksen alder?

2. Faglig og teoretisk referanseramme

For å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål har jeg valgt en kvalitativ forskningsmetode. Gjennom intervju og samtaler med fire kvinner med AD/HD har jeg søkt etter en tilnærming der informantenes egne perspektiver og oppfatninger kan være med på å danne grunnlag for analyse og kunnskapsdanning (Strauss og Corbin, 1998). Gjennom bearbeiding av datamaterialet har jeg derfor forsøkt å finne fram til teoretiske og faglige aspekter som kan være med på å løfte fram kvinnes opplevelser og erfaringer. I det følgende vil jeg presentere og begrunne oppgavens faglige og teoretiske referanseramme.

2.1 Faglig og teoretisk valg og begrunnelse

Dette er en empiriskorientert oppgave. Det vil si at framstilling av datamaterialet, analyse og drøfting vil tillegges størst vekt. Jeg har vært innom mange teoretiske studier som bare delvis kommer til syne i denne undersøkelsen. På bakgrunn av masteroppgavens begrensede omfang har jeg måttet gjøre noen prioriteringer. Jeg har bevisst valgt de teoretiske og faglige aspektene som benyttes til å diskutere funn og som belyser oppgavens problemformulering. Oppgavens tema åpner imidlertid opp for flere tilnærminger. Jeg har nedtonet områder, som for eksempel generelt om diagnosekriterier, inngående om årsakssammenhenger, AD/HD i et samfunnsmessig perspektiv og diskusjoner rundt diagnosens gyldighet. Jeg har i tillegg avgrenset andre teoretiske tilnærminger, innenfor blant annet områder som mestring og teorier om selvbylde.

Forskningsspørsmålene vil prege inndelingen av teorikapittelet. Innledningsvis redegjør jeg for de ulike aspektene ved begrepet AD/HD. Videre spisser jeg meg inn mot aktuelle studier og litteratur, som dreier seg rundt diagnosefastsettelse, og om kvinner som har fått stilt diagnosen retrospektivt. I tillegg vil jeg kort forsøke å gjøre rede for hvordan svikt i de såkalte eksekutive funksjoner, kan forklare vansker forbundet med oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet (Barkley, 1997).

Undersøkelsen dreier seg rundt kvinnenenes tidligere opplevelser av sine vansker. Derfor vil jeg gjøre rede for ulike antagelser om kjønnsforskjeller og til hvordan symptomene på AD/HD kan komme til uttrykk hos jenter. Det er flere studier som bekrefter at jenter med AD/HD opplever større vanskeligheter på det sosiale området enn gutter med samme diagnose (Gaub og Carlson, 1997). De kan blant annet komme som en følge av de nevrologiske vanskene, men også som et resultat av omgivelsenes reaksjoner og forventninger (Nadeau mfl, 2002). Jentenes sosiale erfaringer, og hvordan de tolker disse, vil bli relatert til det en i litteraturen kaller for den ytre kilden til selvbildet. Her vil jeg vise til symbolsk interaksjonisme, samværsprosesser og hvordan ”signifikante og generaliserte andre” kan utgjøre en viktig kilde til informasjon om oss selv (Mead, 1962).

Generelt er mesteparten av det en finner av litteratur om voksne med AD/HD problemfokuset. Med bakgrunn i funn fra denne studien, er det rimelig å tro at kunnskap og innsikt i egen diagnose kan være med på å gi kvinnene en konstruktiv mulighet til å forstå og til å påvirke egen livssituasjon. Derfor har jeg søkt et teoretisk utgangspunkt for begrepsforklaring som er løsningsorientert. Antonovsky (1987) viser til tre faktorer: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Samlet sett utgjør disse komponentene det han kaller ”sense of coherence” eller det en på norsk kan oversette til ”en opplevelse av sammenheng”. Antonovskys salutogenetiske perspektiv vil utgjøre det teoretiske analysegrunnlaget i forbindelse med hvilken betydning det kan ha hatt for kvinnene å få fastsatt diagnosen AD/HD i voksen alder.

2.2 Hva er AD/HD ?

Jeg har valgt å benytte begrepet AD/HD . Dette gjør jeg fordi betegnelsen mer eller mindre har tatt over som faglig term og fordi begrepet synes å være det mest allment kjent. Det er i utgangspunktet problematisk å komme med helt klare definisjoner på AD/HD. Mennesker som får diagnosen er en sammensatt og variert gruppe. De har ofte problemer som opptrer samtidig. Det kan være både nevrologiske komplikasjoner, emosjonelle problemer, lærevansker og atferdsvansker (Sintef, 2004). I tillegg er det mye som peker i retning av at det foregår et komplisert samspill

mellom arv og miljø, der tilstedeværelsen av risikofaktorer og beskyttende faktorer har betydning for graden av funksjonsforstyrrelsen (Sintef, 2004). Dette medfører at det kan være innviklet å sirkle inn presise betegnelser, fordi en ser at personer med AD/HD ofte befinner seg et sted mellom begrepene og de ulike beskrivelsene. Psykiatrisk diagnostikk kan altså være problematisk fordi man er usikker på årsaker, samt på hvilken måte en vektlegger symptomer (Iglum, 1997).

AD/HD er en forkortelse for Attention Deficits Hyperactivity Disorder som på norsk kan oversettes som vansker med oppmerksomhet og hyperaktivitet. Det er en atferdsbeskrivende diagnose, kjennetegnet ved et vedvarende mønster av oppmerksomhetssvikt og / eller hyperaktivitet og impulsivitet som fremtrer hyppigere, og mer alvorlig, enn hva som er vanlig hos individer på samme utviklingsnivå (Iglum, 1997). Skråstreken i AD/HD indikerer at man kan ha ulike problematikk. Vanskene kan primært bestå av oppmerksomhetsvansker, eller primært hyperaktivitet. Flere mennesker har også en kombinasjon av begge. Mennesker med konsentrasjonsproblemer uten hyperaktivitet går under gruppen ADD (Attention Deficit Disorder). I tillegg blir impulsivitet sett på som et markert trekk ved hyperaktivitet, og har sin egen underkategori når den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV (se vedlegg 1) beskriver hyperaktivitet (Iglum, 1997). De ulike sammensetningene illustrerer kompleksiteten og antyder at AD/HD ikke er en enten-eller diagnose. Det kan være mer nyttig å se på AD/HD som et spekter, der graden av vansken kan vise seg på ulike måter i overlappende grad, og i mildere eller i mer alvorlig form (Kvilhaug, 1998). AD/HD er en diagnose som er inkludert i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, men ikke i verdens helseorganisasjons diagnosemanual ICD-10, som er det offisielle systemet i Norge. ICD-10 benytter betegnelsen "hyperkinetisk forstyrrelser" om samme problematikk. Likevel er AD/HD en betegnelse som er vanligere i norsk helsevesen og i norsk offentlighet enn diagnosen som benyttes for å klassifisere samme type vansker i ICD-10 (Øgrim og Gjørum, 2002). Kriteriene som benyttes i verdens helseorganisasjons diagnosesystem, og det amerikanske systemet er nokså like, men det er en viss forskjell. For å få diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse må man oppfylle kriterier for både oppmerksomhetssvikt og for hyperaktivitet og impulsivitet. Ifølge Iglum (1997)

er betegnelsen AD/HD tatt over som faglig term. Hun synes å mene at begrepet er mer funksjonelt fordi det i større grad beskriver hva som er problemet, oppmerksomhetsvansker med eller uten hyperaktivitet.

2.3 Voksne med AD/HD

I Sosial og Helsedirektoratets veileder (2006) for utredning av voksne med AD/HD relaterte forstyrrelser, følger en de samme diagnostiske retningslinjene som for barn med AD/HD. Imidlertid står en ovenfor noen utfordringer når diagnosen skal settes retrospektivt. Mange voksne har uttalte tileggsproblemer, og det kan gjøre det vanskelig å stille riktig diagnose. Derfor bør diagnostisering skje etter systematisk innhenting av informasjon (Veileder, 2006). I faglige sammenhenger har diagnosekriteriene i tilknytning til voksne vært gjenstand for uenighet. Grunnen til det er at funksjonsvanskene pr definisjon er de samme i voksen alder som i barndommen. Noe som debatteres er blant annet at ytringene og konsekvensene av AD/HD naturlig nok er farget av hva personene har erfart under oppveksten og hvordan det har påvirket den enkeltes livssituasjon. Derfor vil det kliniske bildet være mer varierende enn hos barn (Socialstyrelsen, 2002). De nevrologiske aspektene ved diagnosen vil mest sannsynlig følge den voksne med AD/HD. Dette innebærer at personen kan ha de samme vanskene med impulsivitet og konsentrasjon, imidlertid blir den ytre uroen ofte erstattet av en indre urotilstand. Ifølge Aanonsen (2000) mistolker ofte hjelpeapparatet den indre urotilstanden som hovedsaklig et tegn på angst og depresjon. Da blir sekundære problemene som brudd på parforhold, vansker med jobb, og utdanning og sosiale forviklinger, ofte forklart ut fra andre årsaker enn de underliggende vanskene som er forbundet med AD/HD. Dette kan blant annet resultere i feilbehandling.

2.3.1 Medikamentell behandling av voksne

Sentralstimulerende medikamenter har generelt spilt en betydelig rolle ovenfor mennesker med AD/HD. Bruk av sentralstimulerende midler som ledd av behandling av voksne, har etter politiske vedtak vært tillatt i Norge siden 1997. Leger som ønsker

å behandle en voksen med sentralstimulerende midler må, i samsvar med WHO's bestemmelser om behandling av narkotiske stoffer søke Statens Helsetilsyn om tillatelse til dette. Et generelt krav er at voksne med AD/HD må oppfylle gjeldene diagnosekriterier for AD/HD, i tillegg må funksjonsvanskene dokumenteres. Det skal heller ikke foreligge stoff eller alkoholmisbruk, aktiv psykose eller alvorlig kriminalitet (Aanonsen, 2000). Aanonsen understreker dessuten at den medisinske behandlingen må ledsages av tett klinisk oppfølging og individuelt tilpassede psykososiale tiltak.

2.3.2 Hva vet vi om kvinner med AD/HD?

På bakgrunn av oppgavens problemformulering har jeg vært opptatt av om det tidligere er noe forskning på kvinner som har fått stilt diagnosen AD/HD i voksen alder. Så vidt meg bekjent er det foretatt en studie som både dreier seg rundt kvinners tidligere opplevelser av sine vansker og effekten av diagnosefastsettelse i voksen alder. I 1997 gjennomførte Rucklidge og Kaplan (2000) en kvalitativ studie der 50 kvinner i alderen 26 til 59 ble intervjuet. Samtlige hadde fått stilt diagnosen retrospektivt. Forfatterne fant at kvinnene med AD/HD hadde høy forekomst av psykiske vansker og høyt stressnivå. De meldte om tidligere langvarige depresjoner som de hadde mottatt ulik medikamentell behandling for. Kvinnene meldte også om skolenederlag og kognitive vansker. I tillegg rapporterte de om sosiale problemer i oppveksten, samt at de hadde følt seg maktesløse i møte med vanskelige situasjoner da de var yngre. Det er imidlertid interessant å registrere at kvinnen opplevde en positiv effekt av diagnosefastsettelse. I ettertid forteller kvinnene at innsikt i diagnosen endret deres selvforståelse, og at de opplevde å få større kontroll over livene sine enn tidligere. Resultater fra studien viser at samtlige av de intervjuede var mødre til barn med AD/HD. Ifølge kvinnene har det å få kunnskap om sin egen diagnose forbedret denne relasjonen (Rucklidge og Kaplan, 1997 2000). Denne undersøkelsen berører de samme aspektene som min egen studie. Jeg har blant annet vært opptatt av å undersøke hvordan mine informanter kan huske at deres problemer fortonet seg i oppveksten. Derfor vil det være naturlig å gå nærmere inn på hvordan symptomene på oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet kan komme til uttrykk

hos jenter. I tillegg vil jeg vise hvordan svikt i de såkalte eksekutive funksjoner kan forklare vansker forbundet med oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet (Barkley, 1997, 2004).

2.4 Oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet i lys av eksekutive funksjoner

Svikt i oppmerksomhet er et gjennomgående trekk ved AD/HD. Det brukes ulike betegnelser i fagmiljøet for slike vansker. På norsk bruker en oftest ”konsentrasjonsproblemer” eller ”oppmerksomhetsproblemer”, mens man på engelsk benytter ”attention problems” eller ”attention deficits” (Zeiner 2004). Barkley (1997) viser til flere aspekter ved oppmerksomhet og konsentrasjon. Han mener at problemet kan være å få ”stilt inn hjernen” på det den skal holde på med, og å holde seg konsentrert lenge nok. Når en i undersøkelser har målt konsentrasjonen med ulike psykologiske tester, har en i mange sammenhenger kunne påvise problemer med vedvarende oppmerksomhet og delt oppmerksomhet, når flere ting skal håndteres samtidig. Det viser seg at personer med AD/HD har større vanskeligheter med å filtrere inntrykk, og at de dermed er lette å avlede.

Om hyperaktivitet og impulsivitet er det viktig å presisere at symptomene kommer til uttrykk på ulike måter og i forskjellig grad. Når en snakker om hyperaktivitet er det først der hvor aktivitetsnivået er betydelig over det som er vanlig, tatt i betraktning alder og kjønn. Ifølge Zeiner (2004) synes problemet med hyperaktivitet å være at personen viser nedsatt evne til å tilpasse atferden til den ytre situasjonen. Når det indre driv til aktivitet kommer, greier ikke personen å la være å gjøre et eller annet. Derfor mener han at det kan være en nær kobling mellom impulsivitet og hyperaktivitet. Impulsivitet kommer ofte til uttrykk ved at personen handler før han eller hun får tenkt seg om, ikke klarer å vente, blir utålmodig. Hos voksne med AD/HD kan impulsiviteten blant annet føre til alvorlige problemer med impuls kjøp, alt for rask inngåelse av ekteskap og sosiale problemer (Øgrim 2002). Impulsiviteten kan også ofte resultere i enten overdreven aktivitet eller passivitet (Iglum, 1997). En årsak til at personen viser denne form for atferd kan ifølge Barkley (1997) komme av

svikt i de såkalte eksekutive funksjonene. De eksekutive funksjonene kan forenklet billedgjøres som et overordnet ”styringsinstrument” i fremre del av hjernen, som skal ivareta, integrere og styre flere former for mental aktivitet på samme tid. Som for eksempel å tenke målrettet, vurdere situasjoner og legge opp strategier. Hos mennesker med AD/HD medfører svikt i eksekutive funksjoner også til problemer med å kontrollere og filtrere impulser, såkalt dishibisjon. Ifølge Barkley (1997) fører dette til at personen får vanskeligheter med å regulere, styre og drive seg selv. Barkley (2004) hevder at de eksekutive funksjonene er helt nødvendige for at vi skal kunne fungere godt i dagliglivet, enten det dreier seg om skole, arbeid eller sosial samhandling med familie og venner. I undersøkelser hevdes det at svikt i de eksekutive funksjonene forklarer både den kognitive, emosjonelle og den atferdmessige svikten assosiert til AD/HD, altså problemer som både kan omfatte oppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet (Barkley 1997, Sosialstyrelsen 2002). Det bør nevnes at det finnes en rekke teoretiske antagelser rundt årsaker til symptomene på AD/HD. Barkley har blant annet blitt kritisert fordi hans teori ikke forklarer problemene hos dem med hovedsakelig oppmerksomhetssvikt (Sosialstyrelsen, 2002). Dette blir ikke drøftet videre i oppgaven. Imidlertid utgjør Barkleys (1997) antagelser en viktig diskusjon for det innebærer at man for fremtiden bør vurdere oppmerksomhetsvansker som en spesifikk tilstand med egen diagnostisk benevnning (Sosialstyrelsen, 2002). I relasjon til jenter med AD/HD debatteres det også i forhold til diagnostiske benevninger, og om hvorvidt de gjeldene diagnosesystemer er egnet til å fange opp jenters symptomer (Nadeau mfl, 1999).

2.5 Jenter med AD/HD , kriterier og symptomer

En studie fra Sintef (2004) viser at de fleste instanser av fagfolk mener at terskelen er for høy i forhold til å identifisere jenter med AD/HD, spesielt gjennom ICD-10 Verdens Helseorganisasjons diagnosemanual. Det skal altså mer til for å få diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse fordi en der må oppfylle kriterier for både hyperaktivitet og oppmerksomhet. Den er i så måte mer stringent sammenliknet med den amerikanske DSM-IV som innebærer AD/HD både med og uten hyperaktivitet. Imidlertid har det

vært reist en del kritikk mot med den amerikanske manualen i forhold til at de samme kriteriene og symptomlistene anvendes ved utredning av både jenter og gutter. Dette fordi de gjeldene kriteriene hovedsakelig er basert på studier av gutter. Nadeau (1999) blir sett på som en pioner på fenomenet jenter og kvinner med AD/HD. Hun er generelt opptatt av å vurdere diagnosekriteriene i både det europeiske og det amerikanske systemet for bedre å kunne fange opp jenter og kvinner med AD/HD. Det som diskuteres er blant annet om jenter har andre symptomer, og at disse gjerne opptrer i senere alder (Nadeau mfl, 1999, 2002). DSM-IV krever at man, for å få stilt diagnosen AD/HD, må symptomene ha vist seg fra syvårsalderen. Jenter med AD/HD oppfyller ikke alltid dette kriteriet selv om de viser at de har store vanskeligheter. Noe av årsaken kan være at sviktende oppmerksomhet ikke åpenbarer seg før i skolealder (Biederman, 1999). En del forskere antar at jentenes symptomer forverres med alderen blant annet på grunn av hormonell påvirkning, mens de avtar for guttene. Det spekuleres derfor om jentenes AD/HD forløp kan være litt annerledes enn for guttene (Langlete, 2004). Noen klinikere har dessuten erfaringer som tilsier at jentenes problemer øker rundt puberteten. Derfor blir mange ikke oppdaget. Ifølge Langete (2004) kan det også like gjerne være at jentenes symptomer har vært til stede hele tiden, men at de ikke har blitt ansett som synlige eller alvorlige nok.

2.5.1 Jenter og symptomer

Jentenes symptomer kan synes å være mindre åpenbare, blant annet ved at jenter i forhold til gutter viser mindre grad av aggressiv atferd. Ifølge Hoem (2004) blir konsekvensen at omgivelsene ikke oppdager at jenter og kvinner faktisk har en funksjonssvikt. En metaanalyse av til sammen 18 studier om kjønnsforskjeller og AD/HD, konkluderer med at kvinner har et lavere nivå av hyperaktivitet og et høyere nivå av uoppmerksomhet sammenliknet med menn (Gaub og Carlson, 1997). Ifølge Langlete (2004) er det mye som tyder på at jentenes oppmerksomhetsproblemer medfører alvorlige vansker både i forhold til skole, familie, venner og fritid, til tross for at de i mindre grad bærer preg av hyperaktivitet og opposisjonell atferd. Biederman og Faraone (2004) har foretatt en stor familieundersøkelse der 140 gutter og jenter deltok, de ble sammenliknet med gutter og jenter uten AD/HD. Forskerne

fant ingen signifikante forskjeller mellom jenter og gutter, verken når det gjaldt hyperaktivitet, impulsivitet eller oppmerksomhet. Det diskuteres imidlertid blant fagfolk om symptomene på AD/HD kan åpenbare seg på andre måter hos jenter (Farstad og Tangen, 2004).

2.5.2 Hyperaktivitet hos jenter?

Nadeau (1999) mener det kan være grunn til å tro at hyperaktiviteten hos jenter kan vise seg i form av en gnagende indre uro som er vanskeligere for omgivelsene å oppdage. En svensk studie foretatt av Kopp og Gillberg (1999) viser blant annet at tenåringsjenter med AD/HD har en mer diskret måte å være urolige på, som småuro ved for eksempel plukking, kontinuerlig tygging av tyggegummi, tvinning av hår og risting eller uro i føttene. Kliniske observasjoner viser dessuten at jenter kan utvise andre hyperaktive tendenser. Som overdreven pratsomhet hyperseksualitet, hyperaktiv tankevirksomhet, og hypersensitivitet. (Nadeau mfl, 1999; Langlete, 2004). Det kan imidlertid være vanskelig å konstruere klare symptomatiske skiller mellom gutter og jenter. Noen viser for eksempel like symptomer, både i forhold til fysisk uro og i forhold til atferd (Socialstyrelsen, 2002). Det er mye som peker i retning av at det er disse jentene som på et tidligere tidspunkt henvises til hjelpeapparatet på lik linje med guttene. Sannsynligvis er dette fordi atferden er mer synlig og oppfattes som mer problematisk av omgivelsene (Nadeau mfl, 1999).

2.5.3 jenter med AD/HD og sosial tilkortkomming

Ifølge Hoem (2004) kan sosial tilkortkomming komme som en følge av oppmerksomhetssvikten. Det å forholde seg til andre mennesker kan være komplekst og vanskelig. Samhandling representerer en mengde informasjon som må fanges opp og fortolkes. Det handler om ord, gester, mimikk, et univers av inntrykk og signaler. Resultatet kan bli at mange med AD/HD unngår sosiale komplekse situasjoner. I andre tilfeller kan impulsiviteten blande seg inn, vedkommende kan være ytterst verbal, men på feil måte ved utsagn som kan bidra til ytterligere mislykket resultat. I en studie foretatt av Brown mfl (1991) fant man at jenter med AD/HD opplever en form for sosial utfrysning allerede i førskolealder. Gjennom observasjoner ser en også

tendenser til at andre barn unnviker og avviser jenter oftere enn gutter med AD/HD. En forklaring kan være at de personlighetstrekkene som en ofte forbinder med diagnosen gjør at jenter kommer til kort i samspill med andre jenter. Jenterelasjoner bærer ofte preg av mer kompliserte sosiale kjøreregler. Helt fra førskolealder ser en at jenter og gutter tradisjonelt sett har ulike samhandlingsmønstre. Mens gutter møtes til aktiv lek, er verbal kommunikasjon, samarbeid og evnen til å være lydhør viktigere hos jenter (Langlete 2004, Nadeau mfl 1999). Mye tyder derfor på at jenter står ovenfor større grad av sosiale vansker enn det den typiske hyperaktive gutt gjør. Ifølge Nadeau (1999) kan de nedfelte kjønnsosiale forventningene til jenter bidra til ytterligere sosial ekskludering. Ryffel- Rawak (2004) hevder at det i vår kultur er lav toleranse for hyperaktiv og impulsiv atferd blant jenter, og det er enda mindre tålt at jenter mister selvkontroll enn om gutter gjør det.

2.5.4 AD/HD og kjønnsroller

Generelle rolleforventninger til kjønn starter tidlig i kvinners liv. Kvinner sosialiseres ofte i forhold til omgivelsenes reaksjoner og anerkjennelse (Nadeau mfl 1999 2002, Solden 1995). En ser at jenter med AD/HD ofte strever med å leve opp til forventninger om hvordan jenter skal og bør oppføre seg allerede i skolealderen. Mange blir for eksempel overfokuset på lekser og arbeidsoppgaver som ledd i sitt ønske om å oppfattes som pliktoppfyllende, til tross for vansker med oppmerksomhet og strukturering. Ønsket om å leve opp til omgivelsenes sosiale barometre har for mange en høy pris. Mange stiller urealistiske krav til perfektjonisme. Noen jenter innfører blant annet en tvangsmessig orden når det gjelder ytre ting for å oppnå en form for kontroll i tilværelsen (Nadeau mfl, 1999). Dette resulterer for noen i tvangstanker og angst (Biederman mfl, 1999). Flere jenter med AD/HD ender opp med å undertrykke sider ved seg selv. Til slutt blir de deprimerte og vanskene vender innover. Resultatet blir ofte at de sitter igjen med en følelse av skam og mindreverd. (Nadeau mfl ,2002; Ryffel- Rawak 2004).

2.6 Tileggsvansker hos jenter med AD/HD

Tileggsvanskene kan ofte bli det mest belastende, og i noen tilfeller mest synlige, hos personer med AD/HD. Det er få studier som sammenlikner tileggsvansker hos jenter og gutter med AD/HD. Blant jenter er det påvist høyere forekomst av angst, stemningslidelser og atferdsvansker enn hos andre jenter for øvrig. Som tidligere vist er det mye som peker i retning av at atferdsvansker hos jenter gir seg mer utslag i sosiale vansker enn i aggresjon, som en ofte ser hos guttene (Langlete 2004). I et norsk pilotprosjekt foretatt av Farstad og Tangen (2004) fant en at det spesielt var jentene med AD/HD kombinert form (oppmerksomhet og hyperaktivitet) som hadde flest tileggsvansker. Vanskene ble uttrykt i eksternaliserte reaksjoner som ekstremt sinne, stahet og plutselige raseriutbrudd, men også som internaliserte vansker uttrykt som angst depresjon og tilbaketrekning. I intervjuene sier jentene at de føler seg mindreverdige, ulykkelige og triste, med redsel for å gjøre noe dumt eller skille seg ut (Farstad og Tangen, 2004). Det er mye som peker i retning av at tileggsvanskene øker med alderen. Biederman (1999) har dessuten registrert i sine studier at symptomene på angst og depresjon blir mer markante hos jenter med AD/HD etter puberteten.

2.6.1 Jenter med AD/HD og fagvansker

For jenter ,som for gutter, vil symptomer på AD/HD ha innvirkning på hvordan de greier seg skolen (Socialstyrelsen, 2002). Farstad og Tangen (2004) fant i sin studie at de fleste jentene hadde fagvansker, spesielt i norsk, matematikk og allmennkunnskap. I følge forfatterne er mange av jentene underyttere. For de fleste ligger skoleprestasjonene langt under evnenivå. De stiller spørsmålstegn ved hvorfor ikke flere skoler har vært opptatt av å finne årsaken til at jentene ikke gjør det bedre. Det kan være lett å overse disse vanskene. Derfor tillegges jentene egenskaper som dumme og late, og ikke sjeldent blir de holdt for å være mindre intelligente enn de egentlig er.

2.6.2 Jenter med AD/HD og seksuell atferd

Gjennom studier har en funnet at tenåringsjenter med AD/HD debuterer tidlig seksuelt enn jenter uten AD/HD. Nadeau (1999) hevder at tenåringsjenter med AD/HD ofte løper en større seksuell risiko enn andre. Forfatterne mener at det blant annet kan være nevrologisk funderte i forhold selvregulering og hemming av impulser, og at noen jenter kan ha problemer med å se umiddelbare konsekvenser av sine handlinger (Langlete 2004, Nadeau mfl 1999). Det kan imidlertid være at jentene søker seksuell oppmerksomhet for å rette opp sitt lave selvbilde og for å kompensere for sine følelser av utilstrekkelighet innenfor andre områder (Langlete, 2004). Det kan være nærliggende å tenke at en slik strategi blir en negativ form for mestring. Negative mestringsstrategier kan ifølge Karlsson og Vinnes (2005) umiddelbart oppleves som effektiv og lindrende, men samtidig er kanskje ikke handlingen positiv fordi de underliggende problemene ikke avhjelpes.

2.7 Selvoppfatning hos jenter med AD/HD

Mange jenter med AD/HD opparbeider seg ofte et lavt selvbilde på bakgrunn av de sosiale erfaringene de har gjort seg og hvordan de tolker disse erfaringene (Nadeau mfl, 1999). Det er kanskje ikke så rart med tanke på at de mest sannsynlig har mottatt negative signaler og karakteristikk fra sine omgivelser gjennom lang tid. Resultatet blir ofte at de begynner å tro på disse karakteristikkene (Langlete 2004, Aanonsen 2000, Øgrim 2002, Hoem 2004). Det kan være at jenter med AD/HD er mer utsatt fordi de bryter med det som er ansett som akseptert atferd hos jenter. I dette kapittelet ønsker jeg å belyse hvordan selvbildet utvikles gjennom andres reaksjoner i det som refereres til som den ytre kilde til selvoppfatning (Skaalvik og Skaalvik, 2005). I den forbindelse vil jeg trekke veksler på Meads (1962) ”symbolsk interaksjonisme” og hans forståelse av samværsprosesser, og hvordan ”signifikante og generaliserte andre” kan utgjøre en viktig kilde til informasjon om oss selv.

2.7.1 Selvoppfatning gjennom andres reaksjoner

Jeg har valgt å forholde meg til begrepet selvoppfatning på samme måte som Skaalvik og Skaalvik (2005: 75) gjør det i sin bok. Selvoppfatning er ifølge forfatterne en samlebetegnelse på *”enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten som en person har om seg selv”*. Begrepet rommer mange aspekter og kan brukes i ulike betydninger. Ifølge Skaalvik og Skaalvik er begrepet selvoppfatning mangeartet fordi det også omfatter sider ved identiteten, inkluderer roller og egenskaper. Andre beslektede ord med fenomenet i norsk sammenheng er selvbilde, selvfølelse og egenverd (Sommerchild, 2001).

Vår persepsjon av andres reaksjoner og vurderinger utgjør en viktig kilde til informasjon om oss selv. Betydningen av hvordan andre vurderer oss har blant annet blitt fremhevet innenfor en retning som betegnes som *”symbolsk interaksjonisme”*. En sentral tese innenfor denne retningen er at vår oppfatning av oss selv, dannes indirekte gjennom persepsjon av andres oppfatninger av oss (Skaalvik og Skaalvik, 2005). Psykologen Mead (1962) utformet en teori om at vårt selvbilde dannes gjennom symbolsk interaksjon med mennesker omkring oss. Forståelsen av symboler har stor betydning i interaksjonsprosessen. Dette er viktige koder som gir felles mening for omgivelsene. For å forstå samværsprosesser, og finne fellesforståelse med andre, trenger vi for eksempel kunnskap om gester, bevegelser, ordbruk og ting som har mening utover seg selv. I symbolsk interaksjonisme ligger det en sentral forståelse i at alle mennesker er foranderlige og aktive sosiale vesener som definerer situasjoner på ulike måter. Ifølge Mead (1993) er det i denne sammenhengen viktig å kunne sette seg inn i den enkeltes situasjon. Han er av den oppfatning at for å kunne gjøre oss selv til objekt for egen persepsjon, må vi på en måte tre ut av oss selv, og se oss selv med andres øyne. Rolletaking blir en viktig side ved denne prosessen. Mead illustrerer dette gjennom sin speilingsmodell der hovedkomponentene er *”jeg”* og *”en annen”*. Når jeg tolker andres reaksjoner på min atferd, forsøker jeg å leve meg inn i de oppfatninger og vurderinger som ligger til grunn for den andres reaksjoner. Ifølge Mead er det denne innlevelsen og erfaringen som legger grunnlaget for min selvbedømmelse og mitt selvbilde. Et viktig poeng er at barnet etter hvert blir mer og

mer i stand til å forutsi andres reaksjoner på sin egen atferd. I takt med at det blir eldre blir det flinkere til å vurdere sin egen atferd ut i fra en annens perspektiv (Evenshaug og Hallen, 1993). Grunnen til dette er at hun lærer å ta den andres rolle. Gjennom rolletaking blir hun i stand til å vurdere seg selv fra andres synspunkt, uten at det har konkrete reaksjoner fra andre å bygge på. Men gjennom rolletaking er det fremdeles andres verdier, normer, og kriterier som ligger til grunn for selvvurderingen. En kan derfor si at hun gjennom rolletaking overtar andres normer og verdier, og at det er disse normene som danner grunnlaget for barnets selvoppfatning (Skaalvik og Skaalvik 2005, Mead 1962).

2.7.2 Generaliserte og signifikante andre

Etter hvert som man blir eldre, øker antallet personer man har sosial interaksjon med. Dermed øker også antallet personer som reagerer på ens atferd. Barnet tar til seg en rekke oppfatninger av seg selv fra andre, og i denne kontinuerlige strømmen av reaksjoner og tilbakemeldinger lærer barnet å innta rollen til de andre, og derved forutsi reaksjonene på seg selv. Mead (2005) tenker at den unge etter hvert lærer å generalisere normer og verdier som det møter i sitt miljø. Mead bruker den ”generaliserte andre” om disse normene. Disse normene brukes både ved selvvurderinger som individuelle erfaringer som er unike for oss, og ved selvvurderinger som har utgangspunkt i egenskaper og roller som er felles for større grupper, altså gjennom kollektive erfaringer. Eksempelvis vil en gjennom rolletaking overta tradisjonelle synspunkter på kvinnerollen. I relasjon til kvinnene som er med i min studie, kan en tenke seg at det kollektive utgangspunktet om kvinnerollen har vært med på å prege deler av deres selvoppfatning. Samtidig har de gjort seg individuelle erfaringer med hvordan de selv har klart å passe inn i den rådende oppfatningen om hvordan kvinner bør være (Skaalvik og Skaalvik, 2005). De generelle normene som mennesker utvikler bygger i stor grad på normene til de som er viktig for barnet. Slike personer blir ofte kalt de ”signifikante andre”. Dette begrepet har fått en sentral plass innenfor symbolsk interaksjonisme. Signifikante andre har en særlig betydning for utvikling av barns selvoppfatning. Hvem som utgjør de signifikante andre, vil naturlig nok variere med alderen. For småbarnet vil

det først og fremst være foreldrene, mens lærere, venner og andre vil bli viktigere etter hvert. Når barnet blir eldre øker aksjonsradiusen, og friheten til å velge mellom viktige andre blir større. Et vesentlig trekk, ifølge Mead (1993), er at selvpoppfatningen blir mer konsistent mot forandringer når vi blir eldre. Når personen først har dannet seg et selvbylde, synes dette å virke inn på både handlinger og på valg av signifikante andre å speile seg i. Det virker også inn på menneskers persepsjon av viktige andres reaksjoner på egne handlinger (Evenshaug og Hallen, 1993).

2.8 Antonovsky

Jeg har vært interessert i å finne en teori som kunne operasjonalisere tankene jeg hadde rundt det at kvinnene, til tross for en vanskelig oppvekst og en medfødt sårbarhet, også viste seg å ha en spesiell vilje til å finne løsninger i livet. Etter å ha blitt kjent med Antonovskys (1987, 1979) begrep "sense of coherence", på norsk følelsen av sammenheng, falt noe av det teoretiske puslespillet på plass. Ved å studere hvordan ulike faktorer relaterer til en følelse av sammenheng kan man synliggjøre kvinnes ressurser og muligheter. Videre i oppgavens teoridel vil jeg forsøke å belyse Antonovskys salutogenetiske perspektiv med vekt på komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Salutogenese rommer en tanke om at sunnhet eller helse er noe som blir til, eller noe som blir utviklet (Sommerchild 2001, Antonovsky 1979). Antonovsky var interessert i hvorfor noen personer klarer motgang, krav, konflikter og andre slags problemer bedre enn andre. Dette inspirerte han til en salutogenetisk tilnærming, der positiv utvikling kan sees i relasjon til i hvilken grad mennesker opplever å ha "en følelse av sammenheng" i livet (Sommerchild, 2001).

2.8.1 Opplevelse av sammenheng

Ifølge Antonovsky (1987) er mestringsevnen noe vi disponerer i personligheten, det er denne disposisjonen han kaller "sense of coherence" eller det vi på norsk kaller "opplevelse av sammenheng".

“The Sense of Coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from ones internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet (3) the demands posed by these stimuli; and these demands are challenges, worthy of investment and engagement.”
(Antonovsky, 1987:37)

En følelse av sammenheng brukes av Antonovsky som en livsorientering eller som en holdning til miljøet, som påvirker hvordan vi oppfatter og tolker ytre hendelser. Slik jeg forstår det handler det om hvorvidt individet er i stand til å forstå det som hender rundt henne, har tro på egen mestring, og finner det verdt å investere på å forsøke på det (Sommerchild, 2001). Antonovsky (1987, 1979) sier at vår livsorienteringen er generell og ikke situasjonsbestemt. Han hevder at opplevelsen av sammenheng er et produkt av de liv som vi har levd. Tidligere mente han at det er lite trolig at vår opplevelse av sammenheng vil endre seg radikalt etter fylte 30 år. Imidlertid har han modifisert dette synet. Han tenker at vår følelse av sammenheng stadig vil bli utfordret, angrepet eller styrket. Hvis jeg har forstått Antonovsky riktig mener han altså at vår følelse av sammenheng er dynamisk og foranderlig og at den lar seg påvirke hele livet. Antonovsky fremhever tre livslange prosesser som er flettet i hverandre. Jo bedre vi er til å føle tilværelsen som meningsfull, begripelig og håndterlig på tross av motgang og traumatiske opplevelser, jo bedre premisser har vi for å oppleve en følelse av sammenheng (Antonovsky, 1987, 1979).

2.8.2 Begripelighet , håndterbarhet og meningsfullhet

Begripelighet handler om i hvilken grad man oppfatter at det som skjer er kognitivt forståelig, som ordnet og sammenhengende, som strukturert og tydelig informasjon, i stedet for kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig. Ifølge Antonovsky (1987) vil den som har en sterk opplevelse av begripelighet forvente at det som kommer til å skje i framtiden er forutsigbart og forståelig. *Håndterbarhet* viser til i hvilken grad man har ressurser til å møte kravene man stilles ovenfor i hverdagen. Antonovsky sier at ressurser kan man enten selv besitte eller det kan kontrolleres av en legitim annen som en kjæreste, ektefelle, noen i familien, venner, kollegaer, eller andre som man kan stole på. I den utstrekning man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler

man ikke at man er et offer for omstendighetene, eller at livet har behandlet en urettferdig. Selv når ulykkelige hendelser finner sted, har man likevel en god overbevisning om at det skal gå bra og at det skal ordne seg. *Meningsfullhet* er ifølge Antonovsky motivasjonskomponenten for vår følelse av sammenheng. Den viser til i hvilken utstrekning personen kjenner at livet har et følelsesmessig innhold.

Antonovsky fant i sin studie at mennesker med en sterk følelse av sammenheng alltid vektla de områdene i livet som betød mye for dem, som de var svært engasjert i og som ga mening følelsesmessig, og ikke bare i kognitiv forstand. De viste at problemene og kravene som livet hadde gitt de var verdt å investere energi og engasjement i. Mennesker med en høy følelse av sammenheng gjør ifølge Antonovsky sitt beste for å finne en mening med det som har skjedd, for så å komme gjennom utfordringene med verdighet (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) mener at grunnlaget for de tre komponentene legges i barneårene. Stabile og trygge responser på barnets atferd vil være positivt for barnets utvikling av begripelighet. Omsorg, nærhet og varme danner grunnlag for meningsfullhet, mens håndterbarhet er avhengig av hvordan barnet blir hjulpet frem mot mest mulig selvstendighet. Han sier imidlertid at i ungdomsårene kan den stabile retningen svekkes, snus eller styrkes. Dette er en periode med mye usikkerhet og forvirring, individet går fra å være barn til å bli voksen. Derfor vil stabilitet i omgivelsene være viktig for utviklingen av personenes følelse av sammenheng (Antonovsky og Sagy, 1990).

2.8.3 Stressorer og generelle motstandsressurser

Begreper som stressorer og motstandsressurser står sentralt i Antonovskys (1987) teori. Han viser til at det er flere faktorer som påvirker oss, både av positiv og negativ karakter. Generelle og kroniske stressorer er langvarige og primære i forhold til hvordan vår følelse av sammenheng blir påvirket. De kroniske stressorer kan for eksempel være temperament og personlighet. Det kan handle om vår indre psykologisk situasjon, vår kultur, våre sosiale roller og gruppetilhørighet. Under alle omstendigheter sier han at kroniske ressurser og stressfaktorer alltid vil være en del

av vår livssituasjon, og følgelig vil de også være generaliserte og langvarige. Store livshendelser blir betegnet som en annen hovedtype stressorer. Antonovsky kaller dette for avgrensede livshendelser som kan tids og stedsfestes. Dette kan være dødsfall, akutte sykdomstilfeller, skilsmisser, en bemerkelsesverdig personlig prestasjon, at man mister jobben sin og liknende. I vårt møte med stressorer opplever vi spenninger som kan ha negative eller helsebringende effekter. Spenning kan føre til stress, og stress kan influere negativt på vår helse. For å kunne løse opp i spenningen tar mennesker i bruk sine generelle motstandsressurser. De er avgjørende i måten vi mestrer spenningen på. Antonovsky (1996) fremhever relasjonen mellom våre generelle motstandsressurser og generelle motstandsbrister som en måte å forstå hvordan sosiale faktorer er implisert i stressprosessen (Tishelman, 1996). Det er ifølge Antonovsky viktig å se på motstandsressurser og stressorer i sin helhet, og hvordan disse virker sammen. Dette innebærer at faktorer som blir sett på som stressorer også kan være motstandsressurser. Ut i fra denne forståelsen kan en for eksempel se på kvinner med AD/HD sitt sosiale nettverk som motstandsressurser eller som stressorer dersom det sosiale nettverket er mangelfullt eller ikke tilstede. Antonovsky understreker at sosial støtte og sosialt nettverk hører til de generelle motstandsressursene, og disse har stor betydning for om mennesker opplever en sterk følelse av sammenheng (Antonovsky, 1987). Han tenker at ved å se på forholdet mellom kultur og personlighet får man øye på de begrensninger, muligheter og påvirkninger som overføres gjennom familien og andre sosialiserende instanser. Jeg forstår han derfor slik at både individuelle og miljømessige stress og motstandsressurser virker inn på graden vi opplever en følelse av sammenheng i livet.

2.8.4 Forståelse av sammenheng gjennom fortellingen

At det meningsfulle kan oppstå når man deler sine opplevelser med andre, trekker også et narrativt aspekt inn i Antonovskys teori. At det nettopp er gjennom fortellingene fra et livsforløp der nåtid og fortid møtes at man kan forstå sitt liv i sammenheng. Thybo (2003) sier i relasjon til Antonovskys teori at livsfortellingen har en verdi som ikke bør underkjennes i arbeidet for å fremme positive faktorer. En kan for eksempel tenke seg at kvinnene som har latt seg intervjuet og fortalt sine

historier kanskje får en større selvforståelse ved å se seg tilbake og gjøre sine erfaringer forståelig for andre. Antonovsky utdyper ikke fortellingens verdi nærmere, imidlertid kan det i tilknytning til denne studien være interessant å si litt mer om meningen med fortellingen, fordi jeg i analyse og drøftingskapittel nettopp tar utgangspunkt i kvinnes fortellinger. Benjamin (1995) hadde ideen om at fortelleren gjennom sine fortellinger bearbeider det han har erfart på en slik måte at den kan meddeles til andre. Han snakker om erfaring og bearbeiding av erfaring. Mennesker har gjort seg mange tidligere opplevelser og gjør hele tiden nye. Disse kan være både gode, skremmende eller angstfulle. Mennesker har behov for å bearbeide og håndtere disse erfaringene for på den måten å forholde seg til dem. Et viktig trekk ved fortellingen er at den gjør det mulig å omdanne opplevelser til erfaringer. Ved å formulere opplevelsen kan den omdannes til erfaring (Benjamin gjengitt i Nergård, 1995). Et viktig ledd i omdanningsprosessen er å dele opplevelsen med andre. Dette gjøres gjennom fortellingen. Hun omdanner sine opplevelser til erfaringer og språkliggjør den i fortellingen. Slik blir erfaringen også til for andre. Fortellingen rommer i så måte mer enn den enkeltes opplevelser, den blir også utgangspunktet for opplevelser for andre. Fortellingen omdanner altså den individuelle erfaring til felles eller kollektiv erfaring. I relasjon til mine informanter kan deres fortellinger bidra til å bearbeide og håndtere tidligere erfaringer, og forstå sitt liv i en større sammenheng. Ved å fortelle om sine tidligere opplevelser kan de også gjøre disse erfaringene til noe kollektivt. De kan med andre ord gjøre det mulig for andre å identifisere seg med deres opplevelser, eller gjøre det mulig for andre å tre inn i deres erfaringer å dermed utvikle kunnskap om hva det innebærer å få stilt diagnosen AD/HD i voksen alder (Nergård, 1995).

2.8.5 Oppsummering

For å kunne diskutere funn relatert til kvinnes tidligere opplevelser i oppveksten, har jeg forsøkt å danne et bilde av hva AD/HD innebærer hos jenter. En ser altså at problembildet er variert og komplekst, og at det for jenters vedkommende også er store variasjoner i forhold til atferd og ulike kombinasjoner av symptomer. Når det gjelder hyperaktivitet og impulsivitet kan det være at jentene viser dette i form av en

indre uro. Det kan imidlertid være vanskelig å måle hyperaktivitet, fordi det foreløpig ikke finnes studier som har foretatt slike målinger (Langlete, 2004). Selv om det kan være vanskelig å finne markante forskjeller på gutter og jenters symptomer, peker de fleste studier på at jenter viser mindre grad av hyperaktivitet og aggresjon enn gutter. Det ser også ut til jenter med AD/HD er utsatt med tanke på utvikling av tilleggsvansker. Dette gir seg blant annet utslag i internaliserte og eksternaliserte problemer (Farstad og Tangen, 2004). Det er flere studier som bekrefter at jenter opplever større vanskeligheter på det sosiale området enn gutter med samme diagnose. Noe av årsaken kan være at det blant jenter finnes mer kompliserte sosiale koder, og at jenter med AD/HD oftere kommer til kort ovenfor andre jenter uten AD/HD (Nadeau mfl, 1999). Ifølge Nadeau (2002) kan det også være at jenter med AD/HD er mer utsatt fordi de ikke klarer å leve opp til kjønnsrolleforventningene. Mange bruker enormt med krefter på å ta seg sammen og leve opp til idealet om hvordan de "bør" være. Mange jenter med AD/HD opparbeider seg ofte et lavt selvbilde på bakgrunn av sine sosiale erfaringer og hvordan de tolker disse erfaringene. I den forbindelse viste jeg til symbolsk interaksjonisme og forståelse av samværsprosesser, og hvordan "signifikante og generaliserte andre", kan utgjøre en viktig kilde til informasjon om oss selv. I siste avsnitt har jeg redegjort for Antonovskys salutogenetiske tilnærming, med fokus på hvilke prosesser og faktorer som kan være med på fremme vekst, fremgang og helse. Det er flere grunner til at jeg har valgt å fokusere på Antonovsky og hans perspektiver i denne oppgaven. Som en overordnet ide er hans tanker sympatisk fordi de fokuserer på det som fungerer i stedet for bare å fokusere på problemområdene. Jeg tenker også at det ligger noe konstruktivt i hans antagelser om at alle mennesker kan utvikle forskjellige grader av generelle motstandsressurser hele livet. Ved å få en innsikt i hvordan ulike faktorer relaterer til følelsen av sammenheng, kan man finne frem til hva som for eksempel skal til for at kvinner med AD/HD skal få tro på muligheten til å mobilisere egen styrke.

3. Metode

I dette kapitlet presenteres mitt valg av forskningsmetode. Dette innebærer både redegjørelse og drøfting for hvorfor jeg har valgt en kvalitativ tilnærming til det jeg ønsker å undersøke, og refleksjoner rundt sentrale momenter i forskningsprosessen. Først vil jeg belyse de vitenskapsteoretiske valgene som ligger til grunn for min tilnærming til oppgavens problemstilling. Derneft vil jeg kort gjøre rede for relevant forskningsteori. Videre vil jeg forsøke å beskrive de praktiske aspektene ved forskningsprosessen. Til slutt i dette kapitlet følger det en drøfting av oppgavens gyldighet og etiske betraktninger.

3.1 Forskningstilnærming

For å besvare oppgavens problemstilling har valgt en kvalitativ forskningsmetode. Ifølge Strauss og Corbin (1998) kjennetegnes kvalitativ forskning av at man studerer mennesker og deres erfaringer, tanker og følelser og sosiale fenomener. Med en fortolkende tilnærming søker forskeren etter innvendige sammenhenger, der mennesker med egne perspektiver og oppfatninger danner grunnlag for analyse og meningssammenhenger (Haavind, 2000).

Oppgavens problemstilling er valgt ut i fra et ønske om å kunne gå i dybden av hva det innebærer for kvinner å få diagnosen AD/HD i voksen alder, den har i så måte vært styrende for hvorfor det kvalitative forskningsintervju er valgt som metode til denne undersøkelsen. En slik tilnærming gir meg muligheten til å få nærkontakt med det jeg ønsker å undersøke. Intervjusituasjonen og den konkrete interaksjonen med informantene har i tillegg gitt meg muligheter til å gå i dybden og derved få en nærmere innsikt i deres egne erfaringer, følelser og refleksjoner (Dalen 2004, Järvinen 2005). Ved en kvalitativ tilnærming har jeg forsøkt å få tilgang til informantenes "livsverden" og til en "opplevelsesdimensjon". I relasjon til dette, leder derfor oppgavens vitenskapsteoretiske tilnærming både mot fenomenologi og mot en hermeneutisk fortolkningsprosess (Dalen, 2004). Tilnærmingen er inspirert av

fenomenologi fordi jeg prøver å forstå sosiale fenomener ut fra kvinnes egne perspektiver, med håp om å kunne løfte fram deres kunnskap ved å beskrive verden slik den oppfattes ut i fra deres ståsted (Kvale, 1997). Jeg har beveget meg i retning av en hermeneutisk fortolkningsmåte der jeg underveis i forskningsprosessen har utfordret min egen forståelse i bevegelse mellom nye studier av datamaterialet og teori. Mulige forklaringer og tolkninger har altså oppstått underveis i prosessen. Et slikt vekselspill mellom forståelse og erfaring, mellom helhet og del, og revurdering av tidligere antagelser refereres også til som den hermeneutiske spiral (Thuren, 1993). Jeg har søkt etter en tilnærming der informantenes egne perspektiver og oppfatninger kan være med på å danne et grunnlag for videre analyse og sammenlikning (Strauss og Corbin, 1998). Elementene i den vitenskapsteoretiske plattformen jeg har valgt i forskningsprosessen, kan derfor sies å være inspirert av grounded theory. Dette innebærer en metode der en forsøker å generere teori ut i fra det en finner i datamaterialet. Jeg sier inspirert av grounded theory, fordi jeg innenfor rammen av denne oppgaven ikke har hatt mulighet til å benytte meg av grounded theory i sin helhet. Å hevde at jeg har fulgt denne metoden i sin helhet vil derfor være å overdrive. Imidlertid har jeg i forskningsprosessen benyttet en framgangsmåte der teorien er utledet fra det som kommer fram i intervjuene, der teorien altså er forsøkt grunnet i empirien. Som et eksempel på dette har jeg i møte med datamaterialet beveget meg mellom det informantene sier og til aktuell teori, en slags vekselvirkning mellom teori og empiri, der noe har blitt forkastet, og der noe nytt har åpenbart seg i datamaterialet og derved generert til annen teorisk forståelse av tema kvinner med AD/HD. Gjennom en slik vekselvirkning har jeg forsøkt å være det som omtales som teoretisk sensitiv (Dalen 2004, Strauss og Corbin 1998). Dette er også forenlig med oppgavens fenomenologiske og hermeneutiske perspektiver. Fordi jeg i drøfting og analyse delen forsøker å utdype og forklare fenomener i datamaterialet, og fordi kvinnes perspektiver og oppfatninger har vært med på å danne grunnlaget for analyse og meningssammenhenger (Haavind, 2000).

3.2 Tilnærming til feltet

I følge Dalen (2004) er det ikke uvanlig at forskeren sonderer terrenget ut fra hvor informantene finnes, hvem de er og hva de kan bidra med, og hvem som kan gi de nødvendige tillatelser før en beveger seg inn i forskningsfeltet. Dalen har gjennom Hammersley og Atkinson (2004), lansert begrepet ”portvakt”. En portvakt kan være de aktører som kontrollerer tilgangen til informantene (Dalen, 2004). På jakt etter intervjuobjekter tok jeg kontakt med flere instanser. Noen lukket dørene, andre sendte meg videre, noen holdt ikke det de lovet. Etter hvert fikk jeg gjennom en medstudent og en tidligere kollega kontakt med noen som kjente noen. Derfra begynte snøballen å rulle, og til slutt ble det klart at fire kvinner med AD/HD var villige til å stille opp til intervju. I relasjon til at jeg nå hadde funnet informanter som oppfylte kriteriene for utvelgelsen, ser jeg at mine medstudenter og tidligere kollegaer fungerte som døråpnere for mitt forskningsprosjekt (Dalen, 2004).

3.2.1 Utvalgskriterier og informanter

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i kriteriebasert utvalg i denne undersøkelsen. Dette har jeg gjort fordi jeg har ønsket å belyse min problemformulering gjennom informanter som har særlig erfaring og opplevd kunnskap om det tema som skal studeres. Det er ikke uvanlig at man i kvalitative intervjuer velger en slik tilnærming, da man med spesielt egnede utvalg kan bidra til å belyse et bestemt tema (Dalen, 2004). I dette prosjektet har jeg forsøkt å få et nærmere innblikk i hva det innebærer for kvinner å bli diagnostisert for AD/HD i voksen alder. Mitt mål har ikke vært å generalisere utvalget til populasjonen, slik som er vanlig i en kvantitativ undersøkelse. Jeg har derimot vært opptatt av å fremskaffe fylldig og beskrivende informasjon om hvordan kvinnene i undersøkelsen har opplevd ulike sider ved sin livssituasjon. Utvalgskriteriet i mitt forskningsprosjekt var som følger:

- kvinner over 20 år som har blitt diagnostisert for AD/HD i voksen alder

På bakgrunn av min problemstilling hadde jeg også et ønske om nærhet i tid. Jeg tenkte at det mest ideelle måtte være om informantene hadde fått diagnosen for

mindre enn fem år siden. Men dette var imidlertid ikke et utvalgskriterium.

Aldersspennet var jeg også usikker på. Jeg har reflektert over om det kunne vært mer hensiktsmessige og tatt med flere informanter med et videre aldersspenn. Ettersom de fire kvinnene som utgjorde utvalget var i alderen 34 til 40 år. En 20 åring ville kanskje ha gitt et annet bildet av sine vansker på grunnlag av at diagnosen var stilt på et tidligere tidspunkt. Yngre informanter kunne i så måte ha gitt meg et bredere utvalg. Ifølge Holter (1996) er det viktigere at det kvalitative utvalget sikrer at det er en bredde i utvalget, enn at antallet informanter er stort. Det har i utgangspunktet vært vanskelig å få tak i informanter til denne undersøkelsen, derfor har jeg ikke fokusert på bredde, men derimot på om informantene kunne oppfylle utvalgskriteriene. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming der informasjonsrikdom er et viktig kriterium for et godt utvalg (Malterud, 2003). Jeg opplevde i stor grad at kvinnene som lot seg intervjuet oppfylte dette kriteriet. Utvalget består altså av fire kvinner i alderen 34 til 40 år som har fått diagnosen AD/HD i 30 årene. I oppgaven har informantene fått fiktive navn. Dette har jeg gjort av hensyn til anonymitet. I det følgende presenteres utvalget:

Tonje 34 år, diagnostisert for 1 år siden. Gina 40 år, diagnostisert for 4 år siden. Birgitte 38 år, diagnostisert for 6 år siden, Lisa 36 år, diagnostisert for 4 år siden.

Jeg har vært opptatt av å belyse oppgavens problemstilling på best mulig måte. Derfor var det viktig for meg at kvinnene i utvalget både hadde et genuint ønske om å dele sine erfaringer, og et bevisst forhold til sin egen diagnose. Jeg tok personlig kontakt med alle informantene på forhånd for å forhøre meg om hva slags forventninger og tanker de hadde om prosjektet, og for å fortelle mer inngående om undersøkelsen. Det var viktig å klargjøre med kvinnene at intervjuet skulle tas opp på bånd, og at de ville bli anonymisert og at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. Det ble i tillegg informert om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt. Dette informerte jeg også om i et skriftlig informasjons og samtykkebrev (Se vedlegg 2) .

3.3 Det kvalitative forskningsintervju

I et kvalitativt forskningsintervju kan forskeren velge å ta utgangspunkt i åpne eller mer strukturerte intervjuer. Jeg har i min studie gjennomført semistrukturerte, eller halvstrukturerte intervjuer, for å belyse min problemformulering. Med en slik intervjuform fokuserer en på bestemte temaer som forskeren har planlagt på forhånd (Dalen, 2004). I arbeidet med intervjuguiden la jeg ned noen viktige premisser for hva samtalen skulle dreie seg om. Ut i fra min forkunnskap om AD/HD, relevant litteratur, og forhåndssamtalen med informantene, kategoriserte jeg så spørsmålene under forskjellige overskrifter og avsnitt (Se vedlegg 3). Jeg opplevde at denne formen for intervju åpnet opp for en mer ledig samtaleform, samtidig som de fastlagte rammene var med på å sikre at intervjuene dreide seg om de samme hovedpunktene. I ettertid ser jeg at intervjuguiden hadde elementer av en såkalt livsfortellings form, der intervjuet fulgte et grovt livsløp fra kvinnenenes erfaringer og opplevelser fra barndom til voksen alder, diagnosefastsettelse osv. I etterpåklokskapens lys ser jeg også at intervjuguiden var for omfattende innenfor rammene av hva en masteroppgave kan romme. Dette ga seg blant annet utslag i et stort datamateriale og en krevende transkriberingsprosess. Imidlertid opplevde jeg at intervjuets semistrukturerte form bidro til et fint fokus på temaer som var relevante for problemstillingen, og at det empiriske materialet ble godt og fyldig.

3.3.1 Prøveintervju

Jeg syntes det var hensiktsmessig å gjennomføre et prøveintervju. Dette gjorde jeg for å teste om spørsmålene fungerte, og for å få en gjennomgang av intervjuguiden. Intervjupersonen var en bekjent som har personlige erfaringer med det å leve med AD/HD. Av henne fikk jeg flere konstruktive tilbakemeldinger på spørsmålenes formuleringer, og på hva som kunne vært lurt å legge til, trekke fra, og tydeliggjøres. Hun syntes for eksempel at tidsrammen for intervjuet var for snevert. Dette resulterte i at jeg under gjennomføringen av intervjuene var mer bevisst på å gi informantene romslig med tid. Rent teknisk var prøveintervjuet en nyttig prosess fordi jeg fikk

prøvd ut om opptaksutstyret virket samtidig som jeg skulle holde et oversiktlig fokus på dialogens utvikling.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Etter prøveintervjuet, og nøye gjennomgang og justering av intervjuguiden, var jeg klar til å gjennomføre intervjuene. Jeg avtalte med hver informant på telefonen om tid og sted. Det var informantene selv som fikk velge de ytre rammene for intervjuet. Alle var tydelige på hvor de ville at intervjuet skulle foregå. Noen ønsket å møte meg på et nøytralt sted, der ingen personlige eller visuelle detaljer kunne avlede eller virke forstyrrende. Andre ønsket at vi skulle gjennomføre intervjuet i deres eget hjem. I intervjusituasjonen opplevde jeg å få en god kontakt med informantene. Kvinnene var klokt tilstede og svært kommunikative rundt sin egen situasjon og tidligere opplevelser. Som tidligere nevnt kunne intervjuguiden med fordel ha vært litt mindre i omfang. Intervjuene varte fra ca en og en halv time til tre timer. Det var nok litt i overkant både i tekstlig omfang, i forhold til utholdenhet og til å holde fokuset oppe. Samtidig tenker jeg at den noe utvidet tidsrammen ga kvinnene muligheter til å bli mer komfortable i situasjonen. Dette viste seg blant annet i at vi kunne gå tilbake til spørsmål som de ønsket å utdype. Dette kunne være spørsmål som de syntes var vanskelig å svare på innledningsvis i intervjuet, eller spørsmål kvinnene trengte mer tid til å reflektere over. Tidsrammen gjorde det i tillegg mulig å oppklare eventuelle misforståelser. Samlet sett ble alle intervjuene gjennomført etter planen, og de ble med bra kvalitet tatt opp på en digital opptaksspiller. Etter hvert intervju noterte jeg ned første inntrykket av samtalen. Dette er notater som jeg i ettertid har hatt god bruk for.

3.3.3 Min egen rolle i intervjusituasjonen

Målet med intervju er at den intervjuede skal klare å formulere seg så mangfoldig og fullendt som mulig. Interaksjonen mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet blir derfor av avgjørende betydning. Dette innebærer at jeg som forsker har et relasjonelt ansvar, og at forskningsintervjuet kan sies å være av relasjonell praksis (Järvinen, 2005). Järvinen betoner at ingen livsverden kan karakteriseres som stabil

og subjektiv fordi den stadig påvirkes og forandres. Med andre ord bør en være klar over at mening er noe som skapes og som er i bevegelse. Dette innebærer blant annet at jeg som forsker må erkjenne at dialogen vil være med på å bevege det innsamlede materialet.

Når man intervjuer mennesker om deres vanskelige og til dels traumatiske erfaringer, må forskeren ha evne til å skape en trygg følelsesmessig grunn som er bygget på nærhet. Men nærhet er isolert sett ikke tilstrekkelig, man må også kunne skape et rom der forsker viser respekt og holder avstand (Hyden, 2000). Jeg har i dette prosjektet vært opptatt av å skille mellom rollen som forsker og rådgiver/terapeut. Det må likevel sies at jeg opplevde en hårfin balanse mellom de ulike rollene. Jeg har tidligere erfaringer innenfor rådgivning og veiledning. Mye av denne kunnskapen tok med jeg med meg i intervjuet med kvinnene i undersøkelsen. Imidlertid forsøkte jeg å legge intervjuene til rette på en slik måte at fokuset har tjent undersøkelsens formål og ikke i den hensikt at jeg skulle gjøre noen grep som påvirket informantene terapeutisk. Jeg har reflektert mye omkring det faktum at jeg i denne prosessen har fremmet relasjonen og intersubjektivitet i møte med informantene. Kanskje har jeg brutt med normen om nøytralitet, eller kanskje har jeg under gjennomføringen av intervjuet ubevisst bekreftet egne ideer og forhåndsoppfatninger. Haavind (2000) snakker imidlertid om at når forsker går inn for en dialogisk posisjon, kanskje tvert i mot bedrer sin mottaklighet for innholdet i andres erfaringer. I forhold til dette håper jeg at mine ambisjoner om å fremme felles forståelse, og en god underbyggende dialog, også gjorde meg selv oppmerksom på forholdet mellom informantene og min egen forståelse om oppgavens tema.

3.3.4 Transkribering av intervjuene

Jeg har forsøkt å transkribere alle intervjuene så nøyaktig og direkte som mulig. Under selve transkriberingsprosessen reflekterte jeg mye rundt informantenes formuleringer. Disse refleksjonene ble skrevet ned som memos. Denne prosessen var krevende, både fordi skrivearbeidet var omfattende og fordi dette arbeidet i seg selv er en begynnende analyseprosess. Eksempelvis måtte jeg på grunn av etiske hensyn

utelate noen deler av intervjuene. Det var deler der informantene fortalte om andre navngitte personer. Eller der det ble fortalt om personlige konflikter. Dette illustrerer forskerens ansvar fordi en under transkripsjonen foretar avgjørende valg og vurderinger for det som blir det endelige skriftlige datamaterialet. Kvale (1997) er inne på at transkripsjon ikke bare er en teknisk aktivitet, men også en fortolkningsprosess der en beveger seg mellom muntlige og skriftlige sammenhenger. I lys av dette tenker jeg at det er viktig å være klar over at utskriftene etter transkriberingen er en datareduksjon. Jeg har i etterkant av transkripsjonen ikke forholdt meg til lydopptaket. Jeg håper imidlertid at mine vurderinger og beslutninger bidro til et tilfredsstillende transkribert materiale.

3.4 Bearbeiding og fremstilling av data

Et viktig aspekt i analyseprosessen er å kode det innsamlede datamaterialet. I kodingsprosessen skal råmaterialet samles og kategoriseres for å få en systematisk oversikt (Dalen, 2004) Jeg valgte å kode intervjumaterialet både manuelt og teknisk. Jeg har imidlertid prioritert tid på den manuelle kodingen. Både fordi jeg hadde et godt og nært kjennskap til intervjuenes innhold og til mine nedskrivninger av hendelser, og fordi jeg mener at omfanget har vært overkommelig nok til manuell håndtering. Ved å bruke god tid til nøye gjennomlesninger av tekstens deler og helheter opplevde jeg å få kvinnenens uttalelser mer ”under huden”. Det muliggjorde ivaretagelse av sammenhengen i datamaterialet, samtidig som undertekster og nye meningsaspekter ble mer tydelige. Den tekniske analysen ble i tillegg et godt hjelpemiddel og redskap for å systematisere materialet.

3.4.1 Kodingsprosessen

Jeg har fulgt en mal der tilnærmingen til det empiriske materialet er inspirert av grounded theory. Strauss og Corbin (1998) hevder at det empiriske materialet skal gi forskeren informasjon om kategorier, kategoriens egenskaper og den innbyrdes relasjonen dem i mellom. De tenker at analytiske begreper og teorier skal utledes i interaksjonen mellom forsker og det empiriske materialet. Med en slik tilnærming

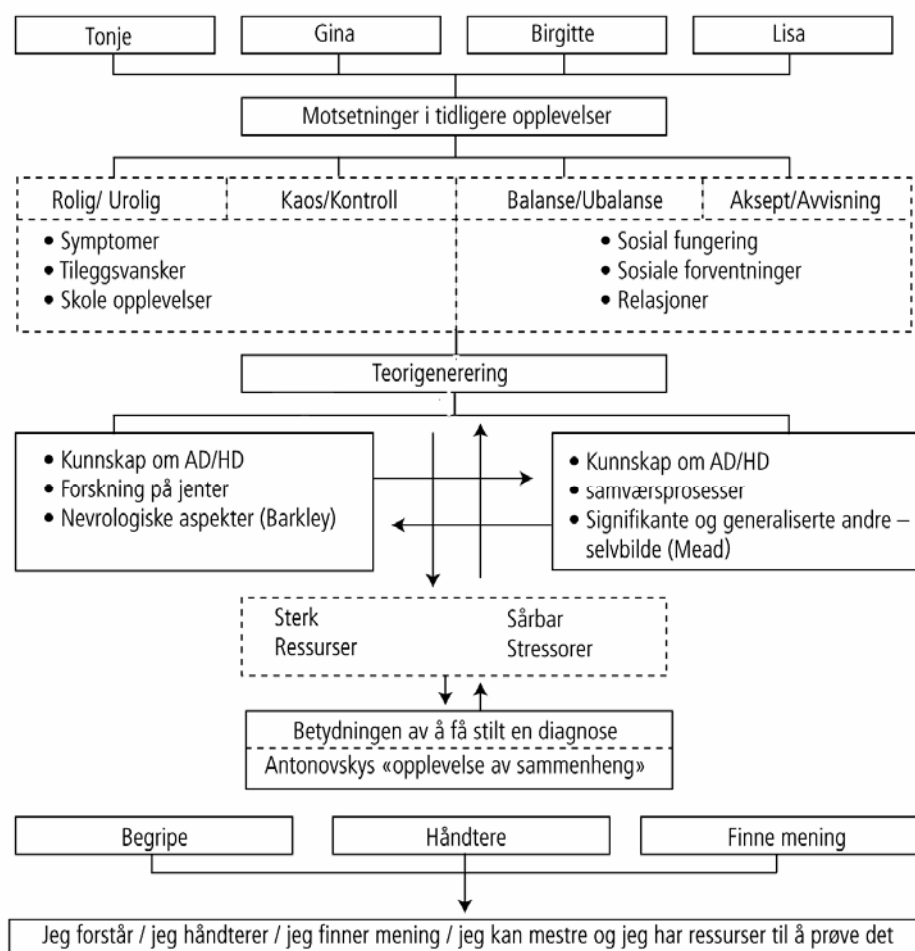
forsøker en, ifølge Strauss og Corbin, å være "teoretisk sensitiv". Teoretisk sensitivitet er et interessant og kreativt aspekt ved metoden. Det innebærer at den som undersøker må være refleksiv og våken for å oppfatte den underliggende meningen i materialet. Strauss og Corbin (1998) åpner opp for bruk av teori, og hevder at forskerens teoretiske referanserammer kan fungere støttende i prosessen. I motsetning til den mer fundamentalistiske forståelsen av grounded theory er forfatterne ikke opptatt av at forskeren stiller med blanke ark, men med en åpen og kritisk holdning der en i undersøkelsesprosessen søker å frigjøre seg fra forutinntatthet. Jeg har hele veien forsøkt å være åpen, men jeg har ikke har stilt med blanke ark i arbeidet med denne oppgaven. Min forforståelse er utgangspunktet og årsaken til at jeg har valgt å skrive om kvinner med AD/HD. Jeg har bygget opp en genuin interesse på bakgrunn av praksis og studier, og på bakgrunn teoretiske og faglige betraktninger rundt fenomenet kvinner og AD/HD. En kan derfor si at jeg i dette arbeidet har hatt et teoretisk bakteppe mens jeg analyserte, men jeg anså imidlertid ikke teorien som ferdig operasjonalisert før analysen var gjennomført. Dette betyr at jeg i analysen både har hatt en deduktiv og en induktiv tilnærming. Begrepet abduksjon blir her et relevant begrep når jeg skal forklare min fremgangsmåte. Abduksjon tar utgangspunkt i empiriske fakta, slik som en tenker med induksjon, men avviser heller ikke at tidligere teoretiske forestillinger kan brukes som inspirasjonskilde for å oppdage mønstre i intervjumaterialet, og likner derfor mer på deduksjon (Alvesson og Sköldbberg, 1994). Jeg har for eksempel i analyseprosessen beveget meg mellom intervjumaterialet og mine egne nedskrivninger av hendelser og den aktuell kunnskap om AD/HD hos kvinner og jenter. Videre har jeg forsøkt å tematisere, kategorisere og se nye teoretiske sammenhenger i materialet. I denne frem og tilbakegangen opplevde jeg en forflytning fra et beskrivende analytisk nivå, til et mer abstrakt analytisk nivå. Videre vil jeg kort forsøke å gjøre rede for de ulike fasene i prosessen.

I første fase forsøkte jeg å råkode intervjumaterialet. Intervjuene fikk en form for plassering i forhold til hverandre. Intervjuguiden fungerte innledningsvis som et styrende rammeverk da jeg kodet materialet under temaene fra guiden. Ifølge Dalen (2004) blir denne måten å fremstille data på en form for tematisering, der meningsbærende enheter og sentrale momenter blir lokalisert og kodet inn under

visse hovedtemaer. Jeg fant dette hensiktsmessig da alle intervjuene fulgte en rød tråd mellom de samme temaene. Deretter forsøkte jeg å gripe fatt i tyngdepunktene i intervjumaterialet. Hva er det som for eksempel går igjen i materialet, hva er forskjellig og hvilke fenomener utkrystalliserer seg.

Alle informantene hadde på forhånd fått sine egne fargekoder. Det gjorde det lettere for meg å holde en oversikt over hvem som hadde sagt hva. Det ga meg også en oversikt over den tekstlige sammenhengen der informantenes uttalelser var hentet fra. Informantenes egne ord og uttrykk ble videre trukket ut av teksten og etter hvert satt inn under hverandre etter aktuelle temaer. Dette samsvarer med Strauss og Corbins (1998) mikroanalyse der en går fram "linje for linje". Jeg forsøkte i den åpne kodingsfasen å identifisere begreper som igjen kunne inngå i kategorier. Her frigjorde jeg meg fra intervjuguidens tematisering ved å gå fra større bolker til ord for ord, avsnitt til avsnitt. I denne fasen beveget jeg meg mellom det en kaller åpen og aksial koding. Da tydeliggjorde noen fenomener seg fra datamaterialet. Jeg kom for eksempel på sporet av at informantenes oppvekst var preget av det jeg vil betegne som motsetningsfylte hendelsesforløp. Derfor ble motsetninger stående med flere underbegreper som rolig/urolig, kaos og kontroll osv. Her prøvde jeg å skape sammenhenger mellom en kategori og en underkategori. Ifølge Alvesson og Sköldbberg (1994) bør en vri og vende på kategoriene, og fundere ut nye muligheter i materialet. En bør gjøre en "inspeksjon" av data og kategorier og fundere på egenskaper som beriker dem (Alvesson og Sköldbberg, 1994). I følge Strauss og Corbin er det i denne fasen at en starter å generere teori ut fra det empiriske materialet. Dette fordi en beskriver og fortolker. De områdene der det lå flest store og meningsfylte uttalelser fra informantene ble i så måte retningsstyrende i min videre analyse av informasjonen. Denne tilnærmingen kan sees som en del av den mer selektive kodingen. Ifølge Dalen (2004: 73) bør en her forsøke *"å samle alle trådene i en overordnet forståelse av det som fremstår som mest sentrale i forhold til det fenomenet som studeres"*. Etter å ha kartlagt hvor tyngden i materialet lå, ble noe ytterligere modifisert og klargjort. Dalen sier at det ikke er så uvanlig at man da kan oppdage nye kategorier, eller at man kan slå sammen tidligere kategorier i analyseprosessen. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen lagt vekt på

informantenes opplevelser og beskrivelser av fenomener rundt hva det innebærer for kvinner å få diagnosen AD/HD som voksne. I analyseprosessen har jeg derfor sortert, kategorisert og generert teori ut i fra en intensjon om å kunne gripe fatt i hva kvinnene i utvalget egentlig sier. Dette innebærer at jeg i interaksjon med intervjumaterialet har forsøkt å komme fram til det som har vært de mest aktuelle temaene for kvinnene som har latt seg intervjuet. Samtidig som jeg i lys av teori har kunnet løfte fram en forståelse ved å finne begreper som setter andre ord for kvinnenenes livshendelser. Dette innebærer en prosess der jeg har beveget meg fra den beskrivende empiribasert teori som for eksempel ulike aspekter rundt AD/HD, til en mer overordnet psykologisk forståelse, som igjen har vært med på å danne teoretiske analysegrunnlaget i oppgaven. Jeg legger ved en modell som illustrerer hvordan jeg har gått frem i analysen av Tonje, Gina, Birgitte og Lisas historier.



3.5 Validitet

I vitenskapelig sammenheng er validitet et begrep som er forbundet med troverdighet og gyldighet, og bør i følge Kvale (1997) alltid sees i lys av formålet med forskningen. I vid forstand dreier validitet seg om hvorvidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke (Kvale, 1997). Da jeg har valgt å ta utgangspunkt i kvalitativ metode, vil spørsmål om gyldighet være rettet mot om jeg har fått tak i informantenes refleksjoner og tanker rundt hva det innebærer å få stilt diagnosen AD/HD i voksen alder, og om jeg har klart å drøfte funn fra egen undersøkelse opp mot eksisterende empiri og teori. Med andre ord dreier det seg om jeg har vært troverdighet gjennom hele oppgaveprosessen.

Jeg har valgt å legge vekt på Maxwells (1992) kategorier for validitet i kvalitative studier. Jeg finner dette naturlig da hans kategorier kan identifiseres og gjøres rede for i separate deler, samtidig som de kan sees i sammenheng med hverandre. Jeg vil i det følgende reflektere over hvorvidt jeg har klart å sikre det Maxwell (1992) omtaler som deskriptiv validitet, tolknings og teoretisk validitet og generaliseringsvaliditet.

3.5.1 Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet betegnes hos Maxwell (1992) som det primære aspekt ved validitet. Det handler om å kunne skape et godt dokumentert rammeverk for hvordan datamaterialet er samlet inn og tilrettelagt for tolkning og analyse. Det primære blir å sikre at informantenes handlinger og utsagn er innhentet på en tydelig og eksakt måte. I lys av å sikre deskriptiv validitet i egen oppgave, tenker jeg at det i førstehånd er viktig å danne seg god kunnskapsbase på det feltet som skal studeres. Jeg har lagt ned mye tid i å sette meg grundig inn i relevante og aktuelle aspekter på temaet kvinner og AD/HD. Jeg tok blant annet kontakt med fagpersoner som visste mye om problematikken. Deres spesifikke kompetanse hjalp meg til å se relevansen og sammenhengen for det som senere skulle bli intervjuguiden. Kunnskapsmessig trygghet la et bakgrunnstykke for videre å kunne gjengi informantenes opplevelser og erfaringer på en respektfull måte. Jeg har forsøkt å beskrive og referere så nøyaktig som mulig det kvinnene har uttrykt. Jeg har imidlertid valgt å utelate overflødige ord,

hendelser som ikke er relevante, og beskrivelser av personlige konflikter som gikk utenfor oppgavens tema. Jeg fant dette fornuftig både ut i fra etiske hensyn, men også fordi jeg ved å rense noen av uttalelsene for overflødige fyllord som ”liksom” ”dersom atte at”, bidro til å tydeliggjøre kvinnenens utsagn. Det må her sies at overflødige og tomme uttalelser ikke var et gjennomgripende problem. Kvinnene som lot seg intervjuet var svært velformulerte. Jeg har vært opptatt av at kvinnene skal kjenne seg igjen i beskrivelsene og sine skildringer. Jeg kontaktet derfor informantene der jeg var usikker på enkelte utsagn, og for å høre om de kunne identifisere seg med teksten og med utvalgte sitater.

3.5.2 Tolkings og teoretisk validitet

Fra den rent beskrivende dimensjonen som omhandler det informantene faktisk sa og gjorde, handler tolkningsvaliditet om den forståelsen forskeren har om hva informantene har ment med sin atferd og sine utsagn. Jeg har tenkt mye på om jeg i denne sammenheng har klart å speile oppgavens problemstilling. Har jeg klart å ivareta informantenes tanker og erfaringer? Har jeg funnet indre sammenhenger og livsnærhet gjennom mine tolkninger (Maxwell, 1992)? En interessant tanke er hvordan min bakgrunn har vært med på å påvirke mine tolkninger. Hvordan ville for eksempel andre med en annen bakgrunn tolke det samme materialet? Et problem kan være at jeg ikke har selvopplevde erfaringer på området. For å sikre validitet har jeg derfor vektlagt å oppnå mest mulig kunnskap og diskutere funn med andre som har erfaring på området. Dette ga meg muligheten til å fange opp nyanser og rette opp mulige feiltolkninger. Tolkningens troverdighet avhenger av min egen evne til å vite hva som skal trekkes ut av tekstmaterialet, om jeg har klart å skille det vesentlige fra det uvesentlige. Teoretisk sensitivitet er i denne sammenhengen et relevant begrep fordi det rører ved måten jeg rent teoretisk har tonet meg inn mot det empiriske materialet (Strauss og Corbin, 1998). En slik teoretisk forståelse er forankret i diskusjonen mellom teori og tilnærming til det empiriske materialet. (Dalen 2004). Teoretisk validitet handler da om å finne frem til teorier som på best mulig måte gjør funnene forståelig. Dette aspektet kan sammenliknes med det som innenfor kvantitativ forskning omtales for begrepsvaliditet (Lund, 2002). Har jeg funnet begreper som kan

operasjonaliseres? En svakhet i denne oppgaven kan være at jeg har valgt en vid og åpen problemformulering. Jeg har underveis i denne prosessen beveget meg mellom flere ulike teorier. Dette har jeg gjort fordi jeg mener å se at datamaterialet åpner opp for et mangfold av tilnærminger. Jeg har imidlertid forsøkt å sikre teoretisk validitet ved å være stringent i min endelige teoretiske forankring, og i mine begrunnelser for disse valgene. I analyse og kodingsarbeidet valgte jeg for eksempel å betone noe, forkaste noe annet, og videre utlede til annen teori. I relasjon til dette handler teoretisk validitet om min evne til sette delene av teorien inn en oversiktlig sammenheng (Kvale, 1997). Jeg har i den anledning forsøkt å presentere min teoretiske referanseramme på en tydelig måte, slik at veien fra data til resultater er gjort godt tilgjengelig.

3.5.3 Generalisering

Generalisering er den fjerde kategorien for validitet hos Maxwell (1992). Her ser en på validitet ut i fra hvilken grad en kan overføre sine forskningsresultater. Hvordan kan jeg for eksempel si noe om andre kvinner med AD/HD når jeg bare har intervjuet fire? Hvordan kan mine informanter være med på å generalisere eller overføre sentrale tanker og tilnærmingsmåter som kan være av verdi for andre, når de kan sies å ikke representere et tilfeldig utvalg i befolkningen (Andenæs, 2000)? Jeg har med det kvalitative forskningsintervjuet valgt ut en informantgruppe som ikke er tilfeldig, men som representerer noe typisk eller noe spesielt ved et fenomen. Intensjonen har vært å kunne komme med informasjon som kan ha overføringsverdi. Slik at noe av det jeg har funnet kan gi mening i faglige sammenhenger, og til andre i liknende situasjon. Fokuset har vært rettet mot kvinnes egne beskrivelser, for deretter å løfte fram sentrale temaer og sette dem i sammenheng med hverandre.

3.5.4 Validitet i lys av egen forskerrolle

Jeg har underveis i forskningsprosessen forsøkt å reflektere åpent rundt mine valg og fremgangsmåter. Jeg har diskutert min egen forskerrolle i lys av tolkning, forforståelse og egen påvirkningskraft av den meningsbevegelsen som oppstår i interaksjon med materialet og i dialog med informantene. Det har vært av stor

betydning for meg å kunne lage en oppgave som fremstiller og tolker informantenes uttalelser på en måte som gjør at de kan ”nikke gjenkjennende” og føle at de har blitt sett og forstått på en respektfull måte. Om denne undersøkelsen er tilstrekkelig troverdig er som illustrert ovenfor avhengig av mange momenter. I tråd med det Vedeler(2000) sier om gyldighet, handler det om jeg har gjennomført undersøkelsen på en forskningsmessig god nok måte, og gjennom alle ledd i prosessen tatt hensyn til overnevnte kategorier og drøftet resultatene i lys av disse.

3.6 Etiske refleksjoner

Undersøkelsen berører private og personlige aspekter ved det å være kvinne med AD/HD. Dette fordrer at jeg som forsker har en varsom og ydmyk holdning til det jeg undersøker. Et klassisk dilemma i spesialpedagogikken er på den ene siden og synliggjøre et fenomen, en gruppes behov og problemer, og på den andre siden stå i fare for å stigmatisere både enkeltgrupper og enkeltpersoner (Dalen, 2004). Jeg har tenkt mye på dette underveis i prosjektet. Kvinnene som har latt seg intervjuer, har blitt spurt om forhold som er både sensitive og sårbare. De har vært åpne rundt den konstante følelsen av at noe har vært galt hele tiden, og om hvordan de har vært preget av et misforhold mellom omgivelsenes forventninger. De har snakket om sine vansker om å møte disse forventningene, spesielt når de ikke har blitt sett eller fått adekvat hjelp. Nederlag og mindreverd er derfor følelser som har fått stor plass i kvinnenenes forståelse av seg selv. Jeg som forsker er opptatt av å bidra til at disse kvinnene ikke sitter igjen med en følelse av å være et offer eller at de føler seg brukt eller oversett. Jeg ønsker tvert i mot å synliggjøre den styrken de bærer i seg. Det primære i denne oppgaven har derfor vært å fokusere på fordelene med å få en forståelse av hvorfor ting har vært så vanskelig et helt liv, og på de mulighetene og forutsetningene den enkelte har.

Jeg har vært bevisst på å ta ansvar for det som oppsto i relasjonen mellom meg og informantene. Derfor håper jeg at de har opplevd å bli hørt og møtt på en positiv måte.

I kvalitative studier er kravet om konfidensialitet og anonymitet svært viktig, spesielt fordi forsker og informant møtes ansikt til ansikt (Dalen, 2004). Da må informantene føle seg trygge på at det de forteller blir behandlet fortrolig slik at det ikke er mulig å kjenne igjen hvem som har latt seg intervjuet. Det er også viktig at opplysninger som er kommet fram ikke blir misbrukt. Jeg har slettet alle lydopptak etter analysen og kodingen. Navnene som er brukt er fiktive, samt at det rent geografisk ikke kan spores i teksten hvor kvinnene kommer fra. For eksempel har navn på lokale institusjoner blitt strøket vekk. Jeg har heller ikke oppbevart noen egen navneliste på informantene. Telefonnummer og adresser osv har blitt skrevet ned hver for seg og er siden blitt makulert. I overensstemmelse med forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap (NESH, 1999) fikk alle kvinnene på forhånd grundig informasjon om formål og bakgrunn for undersøkelsen, slik at de kunne gi sitt samtykke til å delta. De fikk også informasjon om at de sto fritt til trekke seg fra undersøkelsen om de ønsket dette. Dette prosjektet ”om kvinner med AD/HD som er rød, usynlig tråd gjennom livet” er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S (Se vedlegg 4).

4. Analyse og drøfting

De teoretiske referansene som beskrives i kapittel 2, gir rammene for presentasjon av resultater og drøfting av undersøkelsen. Da min målsetting er å sette fokus på sentrale områder innenfor hva det innebærer for kvinner å få diagnosen i voksen alder, blir informantenes refleksjoner og uttalelser viktig for å forstå denne tematikken.

Presentasjon av informantenes uttalelser om hvert emne og drøfting av dette tema, skal samlet sett i dette kapittelet forsøke å gi svar på følgende forskningsspørsmål.

- På hvilken måte mener kvinner som har fått stilt AD/HD i voksen alder at diagnosen har spilt inn på deres tidligere opplevelser?
- Hvilke tanker gjør kvinner med AD/HD seg om betydningen av å få fastsatt diagnosen i voksen alder?

Det kan være lett å skape et inntrykk av at informantene tenker det samme om de områdene som samtalen har dreid seg rundt. Det er derfor viktig å poengtere at informantene Tonje, Gina, Birgitte og Lisa representerer hver sin unike historie med sine nyanser. For å skape en nærhet til informantenes egne opplevelser og erfaringer har jeg valgt å presentere et sammendrag av deres historier.

4.1 Tonje, Gina, Birgitte og Lisas historier

Fortellingene vil i stor grad baseres på kvinnenenes egne ord, derfor vil Tonje, Gina, Birgitte og Lisas fortellinger bære preg av en muntlig karakter. Deres tanker og erfaringer i oppveksten og fram til i dag vil utgjøre rammeverket for analyse og drøfting.

4.1.1 Tonjes historie

”Jeg hadde en mistenksomhet til alle rundt meg. Av svik og av avvísninger og av misforståelser. ”Man sier at det er veldig alvorlig at barn ikke krabber før de går når de er små, men jeg vil tro at det er enda mer alvorlig for et barn og ikke utvikle de sosiale egenskapene, det er jo helt nødvendig for å fungere i livet.”

Tonje er 34 år, og fikk diagnosen for ett år siden. Tonje er nå i et stabilt godt forhold til en mann som er pappa til det yngste barnet. De to eldste er fra et tidligere ekteskap. De har begge diagnosen AD/HD. Hun har vært til og fra i arbeidslivet, men ikke vært i permanent jobb som voksen. Hun har hatt et komplisert forhold til utdanning, arbeidsliv og sine foreldre, men i fjor gjorde hun ferdig andre året på videregående.

Tonje vokste opp med mor, far og to brødre i en liten bygd i Nord Norge. Hun merket tidlig at hun var annerledes. Hun misforsto lett og klarte ikke å begrense seg i situasjoner. Tonje tegner et bilde av et barn som var hypersensitiv, hyperverbal og veldig impulsiv. Hun klarte ikke å regulere seg i forhold til omgivelsene og fungere sosialt. Tonje forteller om avvísning og utestengning av jevnaldrende og av voksne, og om hvordan dette forsterket hennes mistenksomhet til alle rundt seg. Det oppsto mange forviklinger og følelser av svik tidlig i barndommen, men hun klarte ikke å sette ord på dette før hun ble voksen. På skolen stod nederlagene i kø, og hun fikk ikke utnyttet sine evner. Hun var verken en stille jenta bakerst i klasserommet eller den som sprang rundt. Derimot snakket hun i ett sett og kverulerte. Jo mindre hun ble hørt desto mer pratet hun. Problemene akselererte både faglig og sosialt. Tonje forteller at hun ble mye mobbet på skolen. Det resulterte i at hun i sjette klasse gikk til morens medisinskap og slukte mange tabletter. Etter selvmordsforsøket fikk hun oppmerksomheten hun ønsket, men det varte kort tid før alt ble ved det gamle igjen. Hun betegner oppmerksomheten og trøsten som en ”midlertidig kortvarig rus” som ikke var godt for noe.

Problemene forsterket seg i puberteten da ble hun oppfattet som enda mer rabiatt, kverulerende og krevende, samtidig som hun brukte mye krefter på å ta seg sammen å være snill og dyktig. Det var vanskelig å ha en skjult AD/HD og samtidig skulle fungere under normale premisser, spesielt når ingen hegnat om, eller rettledet henne i positiv retning. Hun beskriver det som et gap mellom å bli overstyrt og umyndiggjort til det å skulle ta ansvar å klare å mestre det tidlige voksenlivet alene uten styringsredskaper. Tonje forteller at hun hadde venner i tenårene, men aldri en bestevenn. Kjærester har hun hatt mange a i livet, og de har betydd mye for henne. Hun sier at det er ingen som har skadet henne så mye som kjærestene, men det er ingen som har pushet henne så mye framover heller. Tonje forteller også om en tante som har betydd svært mye, hos henne trengte hun aldri å kjempe for kjærlighet og aksept, den bare var der helt uforbeholdent.

Tonje sier hun hele tiden har vært rotløs, og at livet har bestått av mye flytting. I følge hennes selv ble hun utsatt for mange usunne relasjoner, blant annet et ekteskap der hun ble utsatt for vold. Noe

av årsaken var at hun ikke var i stand til å beskytte seg mot det hun kaller psykiske og fysiske overgrep av andre. I sin søken etter anerkjennelse og tilhørighet ble det vanskelig å takle hendelser, sette egne grenser og å bryte dårlige sirkler. Tonje forteller at hun som voksen har slitt med sin hyperverbalitet, og sin impulsivitet. Hun beskriver det som å mangle et filter i hjernen, å ta inn 10 kanaler av lyder og psykiske inntrykk hele tiden. Med årene sier Tonje at hun lærte å styre og å kontrollere sider ved seg selv, men at det hadde sine konsekvenser. Tonje sier hun "møtte veggen" da hun kom ut for en ulykke, samtidig med at hun ble satt under et stort press på jobben. Det endte opp med et sammenbrudd. Tonje var på samme tid svært engasjert i sønnen som hadde fått diagnosen AD/HD. I utgangspunktet fortrenget hun at hun også kunne ha AD/HD. Imidlertid valgte hun å gå den lange og smertefulle veien fram til hun selv fikk diagnosen for et år siden. Tonje sier at å få stilt diagnosen AD/HD var det verste og det beste som har skjedd henne. Det var som å slippe et troll ut av fjellet sier hun.

4.1.2 Ginas historie.

"Jeg måtte finne ut av det. Jeg kjente meg så mye igjen. Det med manglende impulskontroll, angst og depresjon. Den uendelige snakkingen, det der med orden og kaos kontroll og konstant indre uro, ja alt det som jeg hadde så mye av."

Gina er 40 år og ble diagnostisert for AD/HD som 36 åring. Hun er utdannet førskolelærer og er fast ansatt som avdelingsleder i en barnehage, der har hun arbeidet i 10 år. Gina har to barn og er nå i et stabilt og godt ekteskap, hennes nåværende mann er faren til den yngste gutten. Den eldste sønnen har AD/HD.

Gina vokste opp sammen med mor, far og en mindre søster i en stor by på Østlandet. Hun beskriver seg selv som en samvittighetsfull, pliktoppfyllende og impulsiv "guttejente" med mye uro i kroppen. Uroen medførte vansker i forhold til det faglige på skolen, og til venner i barndommen. Hun fikk sjelden innpass hos jevnaldrende jenter, men lekte i stedet med guttene eller jenter som var to-tre år yngre. Hun forteller at hun var uredd og fantasifull, men umoden for alderen. I perioder på barneskolen og ungdomskolen ble hun mobbet. Skolen grep aldri inn. Gina husker at hun pratet mye og at hun hadde store problemer med å konsentrere seg, særlig når noe var vanskelig eller når hun ble satt under stort press. Hun forteller at hun jobbet svært hardt med skolearbeidet for å klare seg rundt middels. Hun tok ofte rollen som klassens klovn, for da ble alt det hun slet med litt mindre synlig. På hvert eneste karakterkort sto det at hun var veldig urolig, pratet hele tiden og at hun ikke klarte å konsentrere seg. Gina sier hun etter hvert kompenserte med å bli pedantisk ordentlig og høflig. Det var viktig å ha en utvendig kontroll, når alt inni henne var urolig og kaotisk. I hjemmet var familien preget av at søsteren var kronisk syk. Hun opplevde lite bekræftelse og følte seg ofte misforstått og reagerte med sinne og utagering. Dette ble tatt ille opp av foreldrene, men etter hvert lærte hun å kontrollere seg. I puberteten ble imidlertid alt vanskeligere og selvbildet ble dårligere.

Gymnasetiden karakteriserer Gina som et vendepunkt i livet, for da fikk hun sin første venninne. Det ga henne følelsen av å være verdt noe. De er fortsatt nære venner i dag.

I tidlig voksen alder tok den indre uroen et fastere grep. Angst og depresjon har styrt mye av livet hennes. Hun har vært hos uttallige psykiatere og psykologer, og i perioder ble hun kraftig medisiner. Hun giftet seg og fikk et barn, men skilte seg når sønnen var 13 måneder. Når hun nå ser tilbake mener hun at tidlige opplevelser i barndommen har preget hennes selvbylde og ført til flyktige valg. Hun forklarer at hun hadde et enormt behov for anerkjennelse og oppmerksomhet. Som voksen har hun slitt med manglende impuls kontroll, og konstant prating. Hun har sterk indre uro og samtidig behov for ytre kontroll, hun må rydde ustanselig, og slapper aldri av. Det var da sønnen ble utredet for AD/HD som fireåring at Gina ble oppmerksom på at hun også kunne ha diagnosen. Gjennom AD/HD foreningen fikk hun tilsendt en artikkel om voksne med AD/HD. Det var som å lese om meg selv, sier hun. Gina gikk deretter inn i en lang og krevende utredningsprosess. Gina sier at det var en lettelse å få diagnosen. Hun tenker at det var en grunn til at hun slet og føler nå at hun har fått en forklaring for hvorfor ting har vært så vanskelig. Gina går fortsatt i terapi og har stort utbytte av medisiner. Hun beskriver seg selv som en sterk person, som har jobbet mye med å få til livet sitt. Til tross for en vanskelig oppvekst har hun fått til mye sier hun selv; et godt ekteskap, fullført utdanning og en jobb hun fungerer godt i.

4.1.3 Birgittes historie

”Jeg husker at jeg hele veien har følt meg annerledes. Jeg tenkte alltid så hardt, og var mye bekymret, urolig og trist. Det at det var noe gærent med meg at jeg var litt rar uten å vite hvorfor, gjorde det vanskelig, særlig når andre ikke så det.”

Birgitte er 38 år, og ble diagnostisert for AD/HD 32 år gammel. Hun arbeider nå som personlig assistent på deltid, dette er en jobb hun trives med. Hun har to barn fra to forhold, men siste gang var i 2001, ekteskapet varte i 10 måneder. Eldstesønnen har AD/HD.

Birgitte vokste opp med mor, far, og bror i en stor by på Østlandet. Hun beskriver seg selv som en trist, tankefull og sint jente, og tegner et bilde av en oppvekst som har vært preget av en hennes indre uro og angst. Hun følte seg annerledes og alene. På skolen var hun både rolig og urolig. Hun satt ofte og dagdrømte og tegnet. I friminuttene sto hun for seg selv og betraktet de andre. Hun fikk sjelden innpass blant jevnaldrende derfor trakk hun seg unna. Hun gikk for å være en stille og innadvendt jente, men når ting toppet seg reagerte hun med sinne og trass. Faglig stilte hun store krav til seg selv og jobbet hardt med lekser i redsel for å ikke være flink nok. Birgitte betegner skolen som en arena for angst og nederlag et sted der hun ikke fikk utnyttet sine evner. Når ting ble vanskelig og hun ikke forsto hva læreren pratet om, ble hun sinna eller så gikk hun bare ut av klasserommet. Når hun gjorde feil på prøver eller oppgaver på skolen, ble konsekvensene store. Det

kunne ødelegge dager og uker. Ofte ble hun tvunget til å stå foran klassen eller lese høyt i timene. Fortsatt husker hun den vonde følelsen av å dumme seg ut foran de andre elevene.

Birgitte kom tidlig i puberteten og problemene fikk en annen karakter. Hun begynte å røyke da hun var 11 år. Mange oppfattet henne som eldre enn det hun var. I denne perioden fikk hun mer oppmerksomhet fordi hun turte å kjøpe røyk til klassekamerater, og fordi hun gikk i høye heler og korte skjørt. I 12-13 års alder fikk hun en ordentlig venninne, men venninnen flyttet til en annen kant av landet. Dette tok Birgitte svært tungt, og hun begynte å oppsøke belastede miljøer i byen. Hun beskriver det som å leve to parallelle liv. Dette ga henne en følelse av kontroll fordi familien, jevnaldrende på skolen, eller gjengen i byen egentlig ikke forsto hvem hun var, eller hva hun drev på med. I denne perioden ble Birgitte utsatt for et overgrep av en litt eldre hun kjente, dette fortalte hun ikke til noen. I følge henne selv opplevde hun ikke å være et offer for omstendighetene. Hun fortsatte å vanke med de litt eldre utenlandske guttene i byen. Hun forklarer at de fikk henne til å føle at hun var verdt noe, og at samværet med dem var noe hun fikk til. Forholdet til familien har vært kjølig og komplisert. I perioder havnet hun mye i konflikt med moren. Birgitte sier at det ikke var rom for å prate om noe hjemme. Det viktigste var å komme hjem til riktig klokkeslett og oppføre seg ordentlig. Hun beskriver det som å leve i et skuespill der hun hadde bestemte roller hun måtte spille, og at hun alltid har følt seg annerledes enn resten av familien. I mange år var hun sikker på at hun var adoptert.

Birgitte begynte på yrkesskolen etter endt grunnskole. Det første året var en stor opptur sier hun, da mestret hun skolen fordi de også jobbet praktisk. Til og med matematikk gikk bedre da. Det var når Birgitte skulle ut i "læra" at ting begynte å snøre seg sammen igjen. Forventninger og redsel for og mislykkes ødela mye. Hun bestemte seg for å slutte midtveis., og begynte å ta strøjobber i kiosk og som vaskehjelp. Hun ville klare seg selv økonomisk. Tidlig i 20 årene kjøpte hun sin egen leilighet, da hadde hun fått en stabil arbeidsplass. Hun har alltid vært alene om det meste og har oppdratt to barn på egenhånd. Imidlertid har angsten og hennes indre uro forsterket seg i takt med alderen. Hun "møtte veggen" da hun var under sterkt press på jobben, samtidig med at sønnen ble diagnostisert for alvorlig AD/HD. Da raste alt sammen sier hun. Fastlegen henviste henne ikke til psykolog, i stedet fikk hun vival for depresjonen og angsten hun slet med. Det var gjennom sønnens medisiner at hun oppdaget at også hun kunne ha AD/HD. Sønnen hadde fått diagnosen og legen hadde skrevet ut ritalin for et helt år. Birgitte var nysgjerrig på medisinen han skulle ta, og samtidig bekymret for bivirkninger og effekten av den. Da hun tok en pille virket den umiddelbart. For første gang i livet følte hun seg normal og på plass sier hun. I et år tok hun en pille om dagen i "smug". Forandringen var merkbar, også for andre rundt henne. Hun gjennomførte deltidsutdanning, og ble tryggere og mer fornøyd med seg selv. Underveis forsøkte hun å komme til utredning for AD/HD. Men det var nesten umulig å bli tatt på alvor da hun oppsøkte hjelpeapparatet.

Når medisinen tok slutt, gikk alt gradvis nedover igjen, og hun begynte å bli som før. Hun ble deprimeret, og mestret ikke ting. Hun havnet til slutt på legevakten med et psykisk sammenbrudd. I sin desperasjon skrev hun et langt brev til psykologen som hadde vært involvert i sønnens utredning. Helt åpent fortalte Birgitte om sitt bruk av sønnens ritalin, og om virkningen medisinen hadde hatt fra hun tok sin første pille. Kort tid etter tok psykologen kontakt og sa han ville hjelpe henne, men det skulle ta tre år før hun fikk stilt den endelige diagnosen. Birgitte sier at hun aldri har hatt det så bra som etter at hun fikk bekreftet at hun hadde AD/HD. Hun sier at hun gjennom kunnskap om diagnosen har fått større forståelse for seg selv og for sønnens vansker. Hun forteller at diagnosen har gitt henne en forklaring på hvorfor mye var så vanskelig på skolen, og hvorfor hun har vært så mye lei seg og redd og urolig. Samtidig sier Birgitte at hun er bitter fordi hun ikke fikk hjelp på et tidligere tidspunkt. Det kunne ha gjort alt annerledes sier hun.

4.1.4 Lisas historie

“Det var akkurat som om en bør ble lettet fra skuldrene mine. Det var ikke bare min feil, det var også diagnosen. Man skal aldri bruke AD/HD som en unnskyldning, men det gir en forklaring på saker og ting. Plutselig forsto jeg hvorfor jeg hadde vært så urolig og hvorfor alt hadde vært så kaotisk. Når du forstår, så er det mye lettere å gjøre noe med det. Det er et atskillig bedre utgangspunkt enn det jeg hadde.”

Lisa er 36 år og fikk diagnostisert AD/HD som 32 åring. Hun er i fast arbeid, men har for tiden permisjon. Hun gjennomførte videregående skole etter fem års pause, og er nå gift med en mann som er stabil og god for henne, de har to barn sammen, sin eldste sønn har hun fra et tidligere forhold, han har også AD/HD.

Lisa vokste opp i en by nord i landet med mor, far, lillesøster og en storebror. Hun beskriver seg selv som en impulsiv, urolig og usikker ”guttejente” i oppveksten. Hun var klønete og voldsom, - en som pratet først og tenkte etterpå. Hun var usikker på jevnaldrende jenter, og fikk ikke til det ”sosiale spillet”. Hun ble oppfattet som litt for ”røff og tøff”. På skolen forteller Lisa at hun var veldig ”enten eller”. En ”urokråke” som skravlet i ett sett eller en helt fraværende jente som satt og kikket ut av vinduet og dagdrømte. De største problemene var forbundet med å konsentrere seg om det faglige og begrense seg i forhold til de andre. I 4 klasse hadde Lisa en hjelpelærer i matematikk og noen andre fag. Da måtte hun sitte på eget rom fordi hun så lett lot seg avlede. Lisa forteller at hun stort sett fikk Ng i alle fag på ungdomskolen, men i praktiske fag fikk hun M. Hun var en ”hakkekylling” og savnet å ha stabile voksne hjemme som kunne støtte henne og gi henne roen hun trengte. Hun forteller at hun ”fikk juling på vei til skolen, på skolen, i friminuttene, på vei fra skolen og hjemme”. Hun fikk alltid skylda. Da Lisa var 12 år ble hun så mye mobbet at hun vurderte å ta sitt eget liv, men hun har alltid vært psykisk sterk og sta, og denne evnen har gjort at hun har holdt

seg i live. En tante har betydd umåtelig mye for henne. Tanten var stabil og tilstede, hun fikk Lisa til å føle at hun mestret oppgaver og gjøremål. De har fortsatt nær kontakt.

I puberteten forsterket problemene seg og foreldrene ble enda mer fraværende. De var mye ute og reiste i jobben. I følge Lisa var de også litt "tett på flaska" i denne perioden. Lisa stakk ofte av, hun hadde noen venner, men de ble aldri ordentlig nære. I tidlig voksen alder var hun i et forhold der hun ble utsatt for vold og overgrep. Hun sier at det er lett å bli tråkket på når man har AD/HD fordi man ikke har et godt nok selvbylde til å beskytte seg mot andre. Som voksen har hun strevet med symptomer som indre uro og impulsivitet. Det har hele veien vært vanskelig å fungere godt sosialt, fordi hun ikke visste hvordan hun skulle få det til. I flere år har hun vært i kontakt med hjelpeapparatet i forbindelse med depresjoner som har kommet og gått. Det var da den eldste sønnen fikk diagnosen AD/HD, og Lisa skulle fylle ut skjemaer, at hun kjente seg igjen. Det tok ca et år før det ble klart at hun også hadde AD/HD. Lisa er gift med en mann hun sier betyr mye for henne. Han har fungert som en hennes "sosial guide". Hun sier hun er heldig, hun har tre barn og en svigerfamilie som står henne nær. Det var en lettelse å få stilt diagnosen AD/HD, det har gitt muligheter til å finne gode strategier på å mestre hverdagslige og sosiale utfordringer.

4.2 Hvordan har diagnosen influert på deres tidligere opplevelser?

Jeg har gjennom Tonje, Gina, Birgitte og Lisas beretninger grovt sett tegnet et bilde av et livsløp som omhandler kvinnes skolegang, vennskap, familie, kjærlighet og viktige andre. Kvinnes historier gir et innblikk i hvordan de tidligere ikke bare har kjempet med en tilstand eller diagnose, men også med konsekvensene av å prøve å fungere uten å få stilt diagnosen eller få adekvat hjelp. Det som imidlertid er interessant er at de i ettertid har opplevd å få en forståelse av sin tilstand. I tillegg har de fått hjelp via terapi og medisiner. I lys av dette kan de se tilbake på oppveksten ved å beskrive viktige opplevelser og erfaringer. Ved å gjøre denne reisen tilbake, kan de beskrive den innsikt, kunnskap og mening dette gir dem i dag. I den forstand er ikke undersøkelsen lineær, men hermeneutisk. Informantene ser fortiden i lys av nåtiden, og nåtiden i lys av fortiden. Jeg har derfor valgt å la hermeneutikken prege fremstillingen av datamateriale. Dette innebærer at informantenes tidligere opplevelser vil bli presentert innenfor fenomener som representerer noe typisk ved hvordan kvinnene i dag tenker at diagnosen har spilt inn på tidligere livshendelser.

Dette medfører at deres utsagn om det som har funnet sted vil være fremstilt frem og tilbake i tid, uten spesifikt å tidfeste hendelser.

4.2.1 Motsetninger i tidligere opplevelser

Jeg har valgt å sitere et utdrag av Inger Hagerups ”To tunger”. Diktet gjenspeiler på mange måter den ”motsetningsfylte” røde tråden jeg finner i informantenes historier.

”Dypt i det røde mørket fikk livet dobbelt form. Der kurrer det en due, der visler det en orm. To tunger har mitt hjerte men hør på det likevel. Bli hos meg og gå fra meg, men frels meg fra meg selv” (Inger Hagerup, 2001: 137).

Slik jeg forstår datamaterialet, dreier felles mønsteret seg rundt ”aksen” av hvordan indre uro, kaos, og impulsivitet har influert på kvinnenens liv og skapt et sett av motsetningsfylte hendelser og erfaringer. Jeg er av den oppfatning at disse motsetningene på ulike måter gjorde det vanskelig for kvinnene å forstå seg selv da de var yngre. Det å ikke vite hvorfor de følte seg annerledes har i tillegg skapt indre og ytre konflikter. Det har skapte også uforutsigbarhet i relasjoner og reaksjoner. Jeg har derfor bestemt meg for å bruke ”motsetninger” som et hovedfenomen i analysen. Ved å bruke motsetninger får jeg også muligheten til å vise til både kontraster og likheter i datamaterialet. Jeg har valgt å løpende analysere, drøfte og tolke det jeg mener utkrystalliserer seg i materialet. Det er flere grunner til dette valget. For det første kan det være vanskelig å tolke på gruppenivå. Derfor presenterer jeg utvalgte utsagn og beskrivelser som både representerer noe felles og noe individuelt ved kvinnenens tidligere opplevelser. Ved å analysere underveis i prosessen oppnår jeg, slik jeg ser det, en nærhet mellom kvinnenens uttalelser og den valgte teori.

Motsetningsfenomenene vil omhandle ulike temaer. I spennet mellom ”urolig og rolig”, ”kaos og kontroll” vil jeg først og fremst rette fokuset mot kvinnenens beskrivelser av sine symptomer i barndom og ungdom, og hvordan de mener at diagnosen har influert på deres tidligere opplevelser i skolen. Poenget her er å gjenspeile kvinnenens komplekse beskrivelser av sin uro og følelse av kaos, samt hvordan de har kjempet med å kompensere for sine vansker og kontrollere sider ved seg selv. I motsetningen jeg betegner ”balanse og ubalanse” vil jeg trekke frem det sosiale aspektet ved kvinnenens opplevelser, der mye dreier seg om deres problemer

med å finne den riktige balansen i relasjoner. Her forsøker jeg å analysere det misforholdet informantene beskriver mellom omgivelsenes forventninger, og deres vansker med å klare å møte disse forventningene, og hvordan kvinnene på bakgrunn av omgivelsenes kritiske signaler opparbeidet seg et lavt selvbilde og følelser av mindreverd i barndom og ungdom. Med fenomenet ”aksept og avvisning”, trekker jeg blant annet fram følgene av hvordan lavt selvverd/selvbilde kan ha påvirket informantene i deres valg av viktige andre. Det synes som om kvinnene på ulike måter har gått på akkord med seg selv for å oppnå en form for aksept fra sine omgivelser.

4.2.2 Kaos og kontroll

For å belyse hvordan diagnosen har virket inn på kvinnenens tidligere opplevelser i skolen, dreide jeg blant annet spørsmålene rundt kvinnenens symptomer og tidligere skolesituasjon. Når de ser seg tilbake, gir de parallelle beskrivelser av sine vansker med konsentrere seg og å holde oversikt over det som for eksempel foregikk på det sosiale planet eller i undervisningen da de var yngre. De sier det var som et virvar av inntrykk og tanker som forstyrret hele tiden. Dette medførte ofte at de ”falt ut” når noe var vanskelig eller når noe annet avledet oppmerksomheten. Tonje og Gina sier:

”Det var som å ta inn 10 kanaler på en gang det går både på lyd og på psykiske inntrykk. Jeg hadde veldig store konsentrasjonsproblemer. Når jeg skulle gjøre lekser eller følge med i timen, kunne jeg plutselig dette ut. Den følelsen der og bli tatt på fersken og føle seg dum. Jeg merket jo ikke at jeg falt ut. Jeg prøvde virkelig men jeg bare datt ut.”

”jeg var veldig ukonsentrert jeg fikk ikke med undervisningen på tavla.. det gikk på det at jeg ikke fikk det med meg. Logisk tenkning det var vanskelig. Jeg klarte ikke å tenke logisk. Ikke da klarte jeg det.”

I Kap 2.4 brukes betegnelsen oppmerksomhetsvansker om de symptomene informantene beskriver (Zeiner, 2004). Problembildet de tegner ligger nært opp til det Zeiner kaller for vansker med ”delt oppmerksomhet”. Barkley (1997) betegner dette som svikt i eksekutive funksjoner. De eksekutive funksjonene kan forenklet billedgjøres som et overordnet ”styringsinstrument” i hjernen, som skal ivareta, integrere og styre flere former mental aktivitet på samme tid. Det kan være

nærliggende å tenke at informantenes ”mentale styringsinstrument” for organisering, planlegging og regulering ikke har fungert som det skulle. Derved har det ført til nedsatt evne til å kontrollere og filtrere impulser. Barkleys (1997, 2004) antagelser om svikt i reguleringsmekanismene gir ikke bare en nevrologisk vinkling til kvinnenens opplevelser av kaos og vansker med konsentrasjon, men gir også en viktig forståelse av hvorfor det for eksempel kunne være vanskelig for informantene å regulere sine reaksjoner. Lisa forteller:

”Jeg ble så sinna, jeg husker en gang at jeg slengte en stol gjennom et lokale på skolen. Så sinna var jeg og frustrasjonene var enorme, men hadde jeg fått hjelp, en jeg kunne snakke med, en som jeg kunne fortelle ting om hvordan det var, en som kunne hjelpe meg og kanskje redde meg ut av sånne situasjoner. Jeg tror at mange ting kunne vært annerledes. Jeg tror at det kunne ha gjort barndommen, tenåringsbiten og begynnelsen på voksen livet mye enklere.”

Lisas utsagn kan ikke entydig forstås ut i fra et nevrologisk perspektiv. Det handler også om følgene av å miste oversikt og føle seg utilstrekkelig og alene i for eksempel situasjoner på skolen. Frustrasjonen over å ikke skjønne hvorfor så mye var vanskelig, og samtidig ikke få adekvat hjelp, går igjen som en rød tråd i alle informantenes historier. Slik jeg forstår det hadde de vanskeligheter med å håndtere vanskelige situasjoner på skolen. Dette forsterket opplevelsen av å være alene og annerledes. En udefinerbar følelse av ensomhet.

I følge Farstad og Tangen (2004) er det mange jenter med AD/HD som undertrykker på skolen. Når jeg spør informantene om de opplevde å få brukt sine evner, sier alle kvinnene i denne studien at de på grunn sin uro og sine konsentrasjonsvansker sjelden opplevde å mestre det faglige eller klare å utnytte sine evner. Farstad og Tangen (2004) finner i sin studie at skolen ofte overser jentenes oppmerksomhetsvansker. Derfor kan de tillegges egenskaper som dumme og late. Informantene rapporterer om følelsen av å være dum. Birgitte sier at hun i tillegg var livredd for å mislykkes, særlig foran de andre elevene.

”Det å lese høyt i klassen eller komme opp på tavla syntes jeg var helt forferdelig. Jeg husker at jeg måtte lese av kart. Jeg kan jo ikke lese kart den dag i dag. Det var så vondt, jeg kjenner den følelsen ennå, det å komme opp på tavla og man egentlig bare har lyst til å synke i gjennom gulvet. Det lille der ødela hele resten av dagen, natten og kvelden. Jeg var helt rast sammen. Jeg følte meg så dum fordi jeg visste at jeg ikke fikk det til. Jeg gruet meg og jeg spurte om jeg kunne få slippe, og slapp det ikke. Det var følt.”

Ifølge Nadeau (2002) kan jenter helt ned i tidlig skolealder bli overfokuset på lekser og arbeidsoppgaver som ledd i sitt ønske om å oppfattes som pliktoppfyllende til tross for deres vansker med oppmerksomhet og strukturering. Noen stiller urealistiske krav til perfektjonisme. Dette bekrefter Birgitte og Gina som forteller at de jobbet ekstremt mye med lekser for å klare seg middels. Birgitte sier at det hadde store følelsesmessige konsekvenser om hun ikke gjorde bra på prøver eller oppgaver. En feil kunne ødelegge dager og uker. Gina sier at hun kompenserte for sin indre uro og kaos gjennom å kontrollere ting utenfor seg selv. Hun ble blant annet ekstremt høflig og pedantisk ryddig:

”Når man har så mye energi og er så ukonsentrert og ikke får med seg beskjeder som blir gitt, og så har man attpåtil hundretusen tanker opp i hodet. Så er det klart at jeg nå kan si at diagnosen har påvirket. Det var nok derfor jeg var så ordentlig for det kunne jeg i vertfall kontrollere. Da skjønnte jeg at der kan jeg ha kontroll. Det var mitt rom, og min sekk. Der kunne jeg ha en orden for det kontrollerte jeg. Men jeg kunne ikke kontrollere vennene mine eller skole situasjonen med 25 andre elever.”

Kontrollfikseringen har fulgt Gina gjennom livet. Hun sier at hennes indre ustoppelige driv til å rydde og holde en ytre orden har vært en strategi med mange negative og noen positive fortegn. Hele livet har hun drevet seg selv fra skanse til skanse uten stopp. Med strenge krav til perfektjonisme har hun *”brent lyset i begge ender”*. Samtidig sier hun at hennes behov for kontroll og ustoppelige energi også har bidratt til at hun klarte å fullføre ting. Hun gjennomførte både gymnaset og førskolelærerutdanningen.

4.2.3 Rolig og urolig

Med motsetningsfenomenet rolig/urolig forsøker jeg å utdype informantenes ulike beskrivelser av det en i litteraturen betegner som vansker med hyperaktivitet og impulsivitet. Informantene er sammenfallende når de forteller at de bestandig har

kjent på en konstant indre uro. Lisa, Gina og Tonje fikk uroen blant annet utløp i at de var svært impulsive og snakkesalige. Imidlertid uttrykker de at de også kunne la seg rive med av tusen tanker og inntrykk, bli drømmende og fjerne. Lisa sier noe om disse motsetningene:

"Før så var jeg mye mer hissig og sint, mye mer urolig mye mer vimsete. Jeg var veldig "enten eller". Enten var jeg totalt ukonsentrert og fjern eller så var jeg så fokusert og skravlete at jeg ikke klarte å slippe fokuset."

I følge Langlete (2004) er det mye som tyder på at jenter med AD/HD viser mindre grad av hyperaktivitet og aggresjon enn det en finner hos gutter. Gina, Lisa og Tonje forteller at de ikke var aggressive i retning av slåsskamper. Imidlertid ser vi av deres beretninger at de kunne gjøre mye ut av seg da de var yngre. Lisa kunne eksplodere i klasserommet. Tonje sier at hun ikke klarte å styre sine impulser, derfor endte hun ofte opp som den som alltid sa noe "dumt". Gina ble klassens klovn som alltid hadde noe morsomt å si uten at det egentlig var noe morsomt.

Gjennom kliniske observasjoner finner man at hyperaktivitet hos jenter kan ta form som en gnagende indre uro som er mindre synlig for omgivelsene (Socialstyrelsen 2002). Birgitte forteller at hun utad ble oppfattet som en innadvendt og stille jente:

"Jeg tror at det generelt ligger en misoppfatning om at når man har AD/HD så er man utad hyperaktiv. Jeg var jo aldri det, ikke på den måten. Jeg grublet mer på ting og var mer urolig på innsiden. Jeg måtte holde på noe. Fikle med ting eller tegne."

Det kan tenkes at Birgitte med sine beskrivelser gjenspeiler en mer introvert form for hyperaktivitet (Kopp og Gillberg, 1999). Informantene gir et variert bilde av sine åpenbare og mindre åpenbare symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet. Dette er i overenstemmelse med forskning som viser at jenter med AD/HD kan ha mer subtile hyperaktive tendenser (Langlete 2004, Nadeau mfl 1999, Socialstyrelsen 2000, Kopp og Gillberg 2002).

Det diskuteres om de mer åpenbare symptomene på hyperaktivitet blir mindre synlige i takt med at jenter med AD/HD blir eldre. Den ytre uroen hos jenter er ofte erstattet av en voksende indre uro (Nadeau mfl 1999). Dette samstemmer med kvinnene i denne studien, som sier at de med årene har kjempet en indre kamp for å holde den

indre uroen og rastløsheten under kontroll. Imidlertid forteller alle at problemene fikk en mer alvorlig karakter i puberteten. Ifølge Langleite (2004) kan hormonell påvirkning være en del av årsaksbilde til at jenters symptomer på AD/HD ofte forverres i puberteten. Fra annen forskning finner en dessuten at jenter kan være mer utsatt for å utvikle typiske tileggsproblemer knyttet til blant annet selvfølelse, humørsvingninger og raseriutbrudd i denne perioden (Farstad og Tangen, 2004). De fleste informantene gir liknende beskrivelser da de forteller at reaksjonsmønstrene ble mer doble i tenårene. Tonje sier:

"Jeg fikk ikke lov til å reagere da jeg var yngre, for da var jeg ikke snill. Jeg tenker på da jeg fikk mensene, jeg fikk den tidlig. Da ble jeg enda mer hormonell enn andre. Hvis du spør mine foreldre, så vil de si at jeg var enda mer rabiatt under puberteten. De ville sagt at jeg kverulerte og at jeg var krevende og obstinasig. Men samtidig så prøvde jeg jo å være veldig snill og dyktig."

Tonjes sitat berører noe av den ambivalensen de fleste av informantene har opplevd i relasjon til sine foreldre. Kvinnene uttrykker at de på tross av sine vansker mobiliserte mye krefter på å kontrollere sider ved seg selv i tenårene. De forteller at de til tider har vært så hyperfrustrerte og lei seg at de måtte utagere via heftige sinneutbrudd hjemme. Samtidig sier de at de også hadde et sterkt ønske om å høre at de var snille og flinke som andre normale unge, derfor brukte de mye krefter på å ta seg sammen. Gina setter ord på dette i ettertid:

I angstperioder har jeg tenkt at jeg nok har båret på mye sinne frustrasjon. Tror ikke jeg fikk kanalisert det riktig ut da jeg var yngre. Jeg var så mye overflate sint av respekt for foreldrene mine og andre voksne. Jeg fikk sikkert ikke aksept for å være sint."

Ifølge Ryffel- Rawak (2004) kan det være grunn til å tro at jenter på bakgrunn av sitt ønske om å leve opp til omgivelsenes forventninger etter hvert lærer seg å internalisere vanskene sine. Mange bruker mye krefter på å ta seg sammen og leve opp til idealet om hvordan kvinner "skal" og "bør" være. Til slutt blir de deprimerte og vanskene vender innover. Biederman (1999) har registrert i sine studier at symptomene på angst og depresjon blir mer markante hos jenter med AD/HD etter puberteten. Dette rimer med kvinnenenes erfaringer, som sier at de i ungdommen og tidlig voksen alder fikk psykiske problemer.

I følge Aanonsen (2000) er det mye som tyder på at hjelpeapparatet ofte tolker den indre urotilstanden hos voksne med AD/HD som et tegn på angst og depresjon. Det er derfor lett å overse den egentlig underliggende diagnosen. Resultatet kan bli feilbehandling. Gina forteller:

”Angst og depresjoner har styrt mye av livet mitt. Det har vært veldig tøft. Jeg har vært hos uttalige psykologer og psykiatere, men de kom aldri inn på om jeg kunne ha AD/HD. Psykologen var helt talentløs. Jeg ble dopet ned. Jeg fikk fem forskjellige medikamenter. Jeg fikk ikke til så mye på den tiden.”

Det er slående å se at alle informantene har fått skrevet ut medisiner for depresjon og angst uten at det har hatt adekvat effekt. Slik jeg tolker det, kan kvinnene i denne undersøkelsen ha blitt utsatt for feilbehandling over lang tid (Aanonsen, 2000).

4.2.4 Balanse og ubalanse

For å belyse hvordan diagnosen har virket inn på det sosiale området, ble informantene spurt om sine relasjoner til venner, kjærester og foreldre. Informasjonen fra dette materialet tyder på at kvinnene har opplevd en form for ubalanse i relasjoner. De forteller om følelser som har dratt seg mellom ytterligheter; det å være enten for mye eller for lite i interaksjon med andre. Birgitte sier at hun ikke var så impulsiv og frempå, men at hun utad virket mer stille og tilbaketrukket da hun var yngre. Hun beskriver seg selv som en ”*observatør på utsiden*”. Tonje, Lisa og Gina derimot gir uttrykk for at de største problemene var forbundet med å hemme impulser og begrense seg. De beskriver det som å mangle et sosialt verktøy. Ifølge Hoem (2004) kan sosial tilkortkomming komme som en følge av disse oppmerksomhetsvanskene. Impulsiviteten kan også blande seg inn. Dessuten representerer samhandling med mennesker en mengde informasjon som må fanges opp og fortolkes. Det handler om et univers av inntrykk og signaler. Det kan være interessant å relatere til Meads (1962) symbolsk interaksjonisme. Han sier at ord, gester, mimikk osv er viktige symboler for å forstå samværsprosesser. Ifølge Mead (1962) hjelper det individet til å sette seg inn i andres situasjon og definere en felles virkelighetsoppfatning i sosiale møter. Slik jeg forstår Lisa og Tonje hadde de vansker med å tolke og forstå de sosiale symbolene da de var yngre. Det er ikke urimelig å tenke seg at samhandling for Lisa og Tonje lett ble til motsetningsfylte

hendelsesforløp fordi de hadde problemer med å definere en felles forståelse i møte med andre. Tonje sier:

”Husker ikke helt hvordan andre reagerte på meg, men det har noe med avvísninger, misforståelser, og ikke forstå reaksjoner å gjøre. Det å misforstå andre, det å selv ikke bli forstått. Så utrolig mange såre situasjoner jeg tror jeg nærmet meg de på feil premisser. Jeg elsket andre barn, og når noen gir litt, så tar du de, og struper de, man spiser de opp. Jeg var sånn absolutt. Jeg visste jo ikke da hvordan jeg skulle gjøre det.”

Som vi ser av Tonjes sitat oppsto de såreste nederlagene på det sosiale området. Frustrasjoner, forviklinger, misforståelser og gjentatte opplevelser av å føle seg utenfor er beskrivelser som går igjen i alle kvinnes historier. Tonje, Lisa og Gina sier at de i perioder har blitt mye mobbet. For Tonje gikk det så langt at hun forsøkte å ta sitt eget liv i sjetteklasse. Gjennom studier har en registrert at barn unnviker og avviser oftere jenter enn gutter med AD/HD. Ifølge Nadeau (1999) kan det være at de personlighetstrekkene som en ofte forbinder med diagnosen gjør at jenter oftere kommer til kort i samspill med andre jenter. Jenterelasjoner bærer oftere preg av mer kompliserte sosiale kjøreregler. Der gutter samhandler bedre gjennom fysisk aktivitet, konkurranser og lek, er verbal kommunikasjon, samarbeid og evnen til å være lydhør viktigere hos jenter (Nadeau mfl, 1999). Dette bekrefter Tonje, Gina og Lisas erfaringer som sier at de i samvær med jenter var mer usikre og klønete. De forteller at det var lettere å leke med guttene opp til en viss alder for det var noe de følte at de fikk til. Lisas sier

”Jeg fungerte dårlig sosialt. Når jeg ser tilbake var jeg klønete og voldsom. Stort sett så pratet jeg først og tenkte senere. Jeg var veldig intens på de som var rundt meg så jeg hadde ikke så mange rundt meg, stort sett klarte jeg å leke med guttene. Den leken var voldsom. Men med jentene var jeg veldig usikker og visste ikke hva jeg skulle gjøre ut av meg. Jeg var kanskje litt for røff og tøff for dem rett og slett. Så jeg følte meg bestandig utenfor, det husker jeg, at jeg alltid var utenfor.”

Informantenes beretninger gir flere eksempler på hvordan deres følelser og reaksjoner kunne ta overhånd i ulike situasjoner. De uttrykker blant annet at deres sinne og frustrasjoner kunne ha uante konsekvenser. Proporsjonene ble enorme i forhold til det som ble ansett som normalt. Ifølge Ryffel- Rawak (2004) er det i vår kultur lav toleransegrense for hyperaktivitet og impulsiv atferd blant jenter. Det er for eksempel

enda mindre tålt at jenter mister selvkontroll enn om gutter gjør det. I så måte kan de nedfelte kjønnsosiale forventningene gi en miljømessig vinkling til informantenes opplevelser av å føle seg avvist og utestengt. Det kan her være naturlig å trekke veksler på Meads (1962) begrep ”generaliserte andre”. Han er av den oppfatning at mennesker vurderer seg selv gjennom individuelle erfaringer som er unike for oss, og kollektive erfaringer som eksempelvis tar utgangspunkt i egenskaper og roller som er felles for større grupper. Kvinnene i denne undersøkelsen har, slik jeg tolker det, gjort seg individuelle erfaringer som tilsier at de har strevet med å passe inn den rådende oppfatningen av hvordan man for eksempel skal være i jenterollen som elev, datter, venninne, osv. Det kan således tenkes at det kollektive utgangspunktet, de generaliserte kjønnsosiale forventningene, har vært med på å prege deler av deres selvoppfatning. Gina sier noe om dette:

”Det var jo sånn før at jenter skulle være ordentlige og stille, man skulle ikke i hvert fall ikke være utagerende og bråkete. Så det ble en del mobbing på det at jeg var veldig snakkesalig uten å tenke meg om. Det ble mange kommentarer på meg, mange stikk som ble sagt av andre som ikke var vel ment. Jeg hadde ikke høye tanker om meg selv. jeg var ikke pen, ikke hadde jeg fine klær. Jeg følte ikke at jeg var så verdt veldig mye i og med at jeg ikke hadde erfaringer med å ha så mange venninner rundt meg.”

Mead (2005) sier at etter hvert som man vokser, øker antallet personer man har sosial interaksjon med. Dermed øker også antallet personer som reagerer på ens atferd. I denne kontinuerlige strømmen av reaksjoner og tilbakemeldinger forespeiler den enkelte aktør seg den sannsynlige reaksjonen fra andre, bygget på generaliseringer fra erfaringer om tidligere situasjoner og møter. Det kan tenkes at informantene på bakgrunn av sine tidligere erfaringer og omgivelsenes kritiske signaler nærmest ”overgeneraliserte” omgivelsenes oppfatninger. De forventet med andre ord dårlig respons på seg selv i ulike sammenhenger. Samtlige informanter gir uttrykk for at de etter hvert opparbeidet seg stor skepsis og mistenksomhet i møte med andre. Samtlige forteller at de ble ekstremt ”var” på kritikk. Tonje uttrykker:

”Jeg ble hypersensitiv mot kritikk sagt med ord, blick, kroppsspråk, ord på skjeve og ikke bli tatt på alvor, ikke bli hørt. Jeg ble utsatt for mye negative tilbakemeldinger det igjen påvirket forholdet til andre, man er ikke da i stand til å stille krav eller begrense seg. Det her går på å bygge relasjoner, det går på å bli akseptert.”

4.2.5 Aksept og avvisning

I forrige avsnitt viser jeg blant annet til hvordan de ”generaliserte andre” kan ha utgjort en viktig kilde til kvinnes vurderinger av seg selv. Ifølge Mead (1962) bygger de generelle normene i stor grad på normene til som er viktig for barnet. Han bruker begrepet ”signifikante andre” om disse personene, og sier at de har avgjørende betydning for individets selvoppfatning. Han illustrerer dette gjennom det begrepet ”speilbildetselv”. Tanken er at barnet får en oppfatning av seg selv ved å registrere andres reaksjoner på sin egen atferd (Sommerchild 2001, Skaalvik og Skaalvik 2005, Mead 1962). Det er mye i mitt materiale som tyder på at informantenes selvoppfatning gjenspeiler forholdet til viktige eller signifikante andre, som for eksempel forholdet til foreldre, venner og kjærester.

Materialet gir inntrykk av en tendens til at informantene i sine tilbakeblikk vurderer flere av sine tidligere relasjoner negativt. Dessuten rapporterer samtlige om opplevelser som berører følelser av skyld, skam og mindreverd. Et vesentlig trekk er ifølge Mead (1993) at når personen først har dannet seg et selvilde, synes dette å virke inn på både handlinger og på valg av signifikante andre å speile seg i, og på menneskers persepsjon av viktige andres reaksjoner på egne handlinger. Med andre ord vil man gjerne velge situasjoner der man kan handle i overensstemmelse med sin selvoppfatning, og omgås andre som kan bekrefte denne (Evenshaug og Hallen, 1993). Det er mye som tyder på at informantenes selvfølelse har preget deres handlinger og valg. Kvinnene uttrykker at de alltid har hatt et enormt behov for bekreftelse og anerkjennelse, og at de på ulike måter har gått på akkord med seg selv for å oppnå dette fra omgivelsene. Tonje sier:

”Det kan hende at de få øyeblikkene du opplever å mestre noe, gjennom for eksempel oppmerksomhet og anerkjennelse fra andre. Blir så gedigent store og harmoniske at man kan gjøre hva som helst for å oppleve det igjen.”

Tonje setter her ord på de doble reaksjonsmønstrene jeg mener å se har vært felles for de fleste informantene. Gjennom materialet ser jeg en tendens mot at kvinnene på ulike måter har befunnet seg i et motsetningsfylt spenn mellom behovet for aksept og

redselen for avvising. Noen av informantene nevner at de i sitt ønske om oppnå oppmerksomhet kunne bli ”*intenst mye og selvopptatt i sin søken etter dette*”. På den andre siden gir de imidlertid uttrykk for at de i relasjon til andre kunne strekke seg langt for litt oppmerksomhet. Som Birgitte uttrykker:

”Jeg var ikke så veldig glad i meg selv, det vet jeg jo. På den andre side, Jeg må nesten dele dette i to fordi det var dette andre livet mitt også. Jeg var på to steder hele tiden. De som jeg traff nede i byen. Der likte jeg meg selv liksom, der hvor jeg gjorde alt det gjerne. Der hadde jeg full kontroll og ikke en sjel som visste noen ting. De jeg møtte der syntes at jeg var helt topp uansett. Som jeg sa, så jeg hadde sex med flere for det følte jeg at jeg kunne. Det er litt rart men det følte jeg da, At noen ville ha meg, det følte jeg var bra. Samtidig som jeg visste at det var gærent også.”

Det kan være nærliggende å bruke begrepet ”negativ mestring” om det Birgitte her forteller (Karlson og Vinnes, 2005). Slik jeg tolker det, opplevde hun en form for kontroll og mestring i dette miljøet, ved blant annet å søke seksuell oppmerksomhet. Samtidig var det ikke udelt positivt fordi de underliggende problemene hun slet med ikke uten videre ble avhjulpet. Nadeau (1999) hevder at tenåringsjenter med AD/HD ofte løper en større seksuell risiko enn andre. Flere forfattere mener at det blant annet kan være nevrologisk funderte i forhold selvregulering og hemming av impulser, og at noen jenter kan ha problemer med å se umiddelbare konsekvenser av sine handlinger (Langlete 2004, Nadeau mfl 1999). Det kan også være at jentene i sin kamp for å rette opp i sitt lave selvbilde søker bekreftelse i seksuelle oppmerksomhet (Nadeau mfl, 1999). En annen viktig dimensjon for å forstå fenomenet er at jenter med sin følelse av utilstrekkelighet undertrykker sider ved seg selv. Tonje og Lisa sier for eksempel at de i tidlig voksenalder hadde så lite tro på seg selv at de lot seg dominere og styre av andre. De forteller at de havnet i forhold med menn som ikke var gode mot dem. Tre av kvinnene forteller dessuten at de i ungdommen og i tidlig voksenalder ble utsatt for vold og seksuelle overgrep. Lisa sier noe om dette:

”Med lavt selvbilde er det så lett å komme i hendene på noen som dominerer deg totalt. Da har du ingen ting du skulle ha sagt. Jeg tror ikke at jeg hadde vært utsatt for alle de tingene jeg har vært i gjennom om jeg hadde fått hjelp til å forstå hvorfor jeg var som jeg var. Jeg har vært utsatt for en voldelig mann, en voldtekt, og pluss en masse vondt da jeg var liten.”

Lisas utsagn belyser, slik jeg forstår, viktige aspekter ved de ulike implikasjoner en uoppdaget diagnose kan føre med seg hos jenter. Med bakgrunn i informantenes

beskrivelser er det mye som tyder på at de psykologiske konsekvensene som blant annet lav selvoppfatning og følelsen av å være mindreverdig, har gjort kvinnene mer utsatt med tanke på både psykiske og fysiske overgrep. Ifølge Nadeau (1999) har man gjennom kjønnskulturelle studier funnet at kvinner med AD/HD ofte fornekte seg selv og sine egne behov i relasjoner. Noe av årsaken kan ifølge forfatterne være at de på bakgrunn av sine tidligere erfaringer ikke tør å risikere en åpen konflikt der konsekvensen kan være avvisning og isolering. Kvinnene uttrykker at de i engstelsen for å bli undervurdert eller avvist også havnet i et motsetningsfylt forhold til sine egne foreldre. De melder om en rekke vonde opplevelser i denne relasjonen. Mye dreier seg om konflikter, misforståelser og følelsen av å ikke være bra nok i foreldrenes øyne. Informantene er unisone når de forteller at det ikke var rom for forståelse hjemme og at forholdet til foreldrene var kjølig og komplisert. Det er mye som tyder på at hendelser i denne relasjonen har satt dype spor i deres selvforståelse.

En kan reflektere rundt i hvilken grad informantenes oppvekst har influert på alvorlighetsgraden av deres AD/HD. Slik jeg ser det har tilstedeværelsen av risikofaktorer vært svært høy, med tanke på at de ikke har fått adekvat hjelp eller forståelse av sine nærmeste. En kan derfor forestille seg at det ikke skulle gå bra med deres videre livsforløp. Det er imidlertid flere faktorer som peker i retning av at kvinnene "til tross for", har tatt i bruk sine motstandsressurser. Både i seg selv og i signifikante andre.

Dette bringer meg videre til oppgavens neste del. Her vil forsøke å analysere gjennom fenomenet jeg kaller sterk og sårbar. Antonovskys teori vil danne det teoretiske bakgrunnsteppe. Poenget vil være å se på informantenes motstandsressurser og stressorer i sin helhet, og hvordan disse virker sammen.

4.2.6 Sterk og sårbar

Antonovsky (1987) mener at grunnlaget for hvordan mennesker opplever å føle en sammenheng i livet legges i spedbarns og barneårene. Hvorvidt et menneske opplever verden som begripelig, håndterlig og meningsfull er avhengig det han kaller indre og ytre stressorer og motstandsressurser. Ifølge Antonovsky kan stressorer vi blir utsatt

for være kroniske og langvarige. De kan blant annet være forbundet med vår indre psykologisk situasjon, vår kultur, våre sosiale roller og gruppetilhørighet. Slik jeg ser det kan informantene historier relateres til stressorer som både har vært kroniske og langvarige. Deres indre psykologiske situasjon har vært preget av å vokse opp med en uidentifisert AD/HD. En tilstand som synes å ha skapt indre og ytre uro, kaos og uforutsigbarhet. Som tidligere vist gjennom Meads (1962) begrep de ”generaliserte og signifikante andre” er det mye som tyder på at de har opplevd usikkerhet og forvirring med hensyn til sine sosiale roller og tilhørighet. Kvinnene forteller at de ofte opplevde å falle utenfor viktige felleskap. De sitter med mange erfaringer om hvordan det var å ikke passe inn, være den som andre oppfattet som slitsom, utagerende, intens, impulsiv, tankefull osv. I tillegg har de savnet stabile og trygge responser på seg selv og sin atferd, omsorg og nærhet av sine foreldre, samt stabilitet i sine omgivelser.

De fleste informantene har vært utsatt for spesielle livshendelser (Antonovsky 1987) i voksen alder. Samtlige har vært gjennom ekteskapsbrudd. En har vært utsatt for en alvorlig bilulykke. Tre av informantene blitt eksponert for vold og overgrep. De er i tillegg mødre til barn som har diagnosen AD/HD. Det er altså mye som indikerer at informantene gjennom mange år har opplevd et høyt stressnivå. Samtlige gir parallele beskrivelser av å nå et kritisk punkt i voksen alder. Tre av informantene forteller om psykiske sammenbrudd. Birgitte sier:

”Da ble det for mye for meg. Så plutselig smalt det i hodet mitt og jeg havnet på legevakta. Jeg fikk et sammenbrudd, og jeg tenkte at nå gidder jeg ikke mer.”

Ifølge Antonovsky (1987) kan barn og ungdoms opplevelser av stress være viktig for hvordan opplevelsen av sammenheng blir utviklet. Det er ikke urimelig å tenke seg at stressopplevelser i oppveksten og i tidlig voksen alder har preget informantene i hvilken grad de har opplevd tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull. Man kan anta at dette blant annet har influert negativt på deres psykiske helse. En kan imidlertid undre seg over hva som for eksempel er årsaken til at kvinnene til tross for psykiske plager og sammenbrudd har klart å reise seg igjen. Antonovsky beskriver hvilken påvirkning spesielle livshendelser kan ha på individet. Det kan produsere

indre spenning og styrke vår opplevelse av sammenheng. Ifølge Antonovsky tar mennesker i bruk sine motstandsressurser for å kunne løse opp i spenningen. Han mener at det er viktig å se på motstandsressurser og stressorer i sin helhet og hvordan disse virker sammen. Dette innebærer at faktorer som blir sett på som stressorer også kan være motstandsressurser. Det interessante med en slik tanke er at man kan studere fenomener fra flere vinkler, og få øye på det som fungerer i stedet for bare å konsentrere seg om , som for eksempel i dette tilfelle informantenes problemområder. Som en illustrasjon: Gina, Tonje og Lisa forteller at de ikke fikk til det sosiale med jevnaldrende jenter da de var yngre. Samtidig fant de andre løsninger ved å leke med guttene. Informantene savnet nærhet og forståelse hos sine foreldre, på samme tid nevner tre av kvinnene at de fant signifikante andre som ga dem bekreftelse på en god måte. Tonje og Lisa sier:

”Tanten min har alltid stått der som en trygghet. Jeg måtte ikke kjempe for hennes oppmerksomhet. For hennes kjærlighet var betingelsesløst. Vi har fortsatt nær kontakt i dag.”

”Hadde det ikke vært for tanta mi så hadde jeg ikke vært der jeg er i dag.”

Gina nevner ingen voksen person, men sier at hun fikk sin første ordentlige venn på gymnaset. Gina karakteriserer henne som en viktig person i ungdommen og i voksen alder.

”Det skjedde noe med meg på gymnaset fordi jeg fikk henne – en venninne. Og hun har aldri blitt lei av meg. Det mest positive var at hun likte meg som den jeg var. Hun visste ikke om min fortid og hun visste ikke at jeg ikke hadde vært noe populær. Hun bare så meg ,hun så hvem jeg var, hun likte meg for det jeg var. Selvfølelsen tror jeg ble litt styrket da. Hun sa jo indirekte til meg at ”du er verdt noe”. Man trenger ikke mer enn en venn.”

Det er mye i dette datamaterialet som peker i retning av at kvinnene til tross for høyt stressnivå og mange negative livshendelser har tatt i bruk sine motstandsressurser, både i seg selv og i sitt sosiale miljø. De har med andre ord vært sårbare, men også motstandsdyktige. Lisa sier noe om dette i dag:

”Når jeg var 12 år så ble jeg mobbet så mye at det var en periode da jeg ønsket å ta mitt eget liv. Jeg satt meg foran speilet for jeg er ganske sterk psykisk, og det er en egenskap jeg alltid har hatt og som jeg er ganske stolt av. Så jeg satt meg foran speilet og så på mitt eget speilbilde og sa: Du er ikke så stygg som de sier at du er. Du er ikke så dum som de sier at du er. Du er verdt noe! Og det sa jeg til meg selv hver eneste dag, for jeg tenkte at hvis jeg sier det til meg selv lenge nok så før eller siden vil jeg tro det. Da var jeg tolv år, Det synes jeg er ganske heftig av en 12 åring. Mitt mål var at ingen skulle klare å knekke meg, aldri skal noen klare å knekke meg. De skulle bare prøve så mye de ville, men de skulle aldri klare det. Det er en egenskap som jeg har overlevd på.”

Det er ikke urimelig å tenke seg at Lisa, til tross for flere negative grensesituasjoner, klarte å mobilisere sine indre motstandsressurser i en alder av 12 år.(Antonovsky, 1987). Det som imidlertid er interessant er at hun med sin nåværende kunnskap, klarer å se tilbake på seg selv og tenke at hun var psykisk sterk. Min vurdering er at samtlige informanter, på tross av stor ubalanse mellom stressfaktorer og ressurs faktorer, har vist en drivkraft og vilje til å finne løsninger på problemene sine. Dette har blant annet ført til at de selv valgte å gå igjennom lange og krevende utredninger for å få en klarhet i sin tilstand.

Dette bringer meg over til neste forskningsspørsmål. Her spør jeg informantene om hva de tenker om betydningen av å få stilt diagnosen AD/HD som voksen.

4.3 Betydningen av diagnosen

I Antonovskys (1987) definisjon av ”opplevelse av sammenheng” trekker han frem betydningen av å føle at man kan håndtere hendelser i livet, og å finne meningsfullhet i tilværelsen. En forutsetning for at vi skal mestre stress er at vi på best mulig måte kan klare å danne oss en sammenheng av det som skjer i oss og rundt oss.

Antonovsky fremhever at desto bedre vi er til å føle tilværelsen som meningsfull, begripelig og håndterlig på tross av motgang og traumatiske opplevelser jo bedre premisser har vi for å oppleve ”en følelse av sammenheng”. I dette kapittelet er jeg opptatt av å få innsikt i hva informantene tenker om betydningen av å få stilt diagnosen i voksen alder. Jeg ønsker å finne ut om diagnosen har hatt noen innvirkning på hvordan de opplever at de mestrer sin egen situasjon i dag. Jeg har valgt en metode der jeg forsøker å grunne teorien på bakgrunn av det jeg finner i

datamaterialet. Følgelig har jeg ikke stilt spørsmål til informantene som spesifikt retter seg inn mot Antonovskys (1987) begreper. Likevel mener jeg det er mulig å analysere og drøfte informantenes erfaringer innenfor fenomenene ”begripe”, ”håndtere” og ”finne mening”. I hvilken grad opplever for eksempel informantene at diagnosen har bidratt til større forståelse av tidligere hendelser og nåværende situasjon. Hvordan kan det ”å vite” gi troen på å finne løsninger, og hva er det som gir mening i å forsøke å få til livene sine. Antonovsky fremhever at de tre komponentene er uløselig forbundet. Komponentene vil i dette kapittelet presenteres hver for seg, men må følgelig sees i sammenheng med hverandre.

4.3.1 Begripe

”Jeg mistet først litt fotfeste da jeg fikk vite at jeg hadde AD/HD. Jeg var redd for at jeg skulle bli et barn igjen, for at jeg skulle bli fratatt alt av muligheter. Jeg er handikappet jeg, jeg er ikke helt god i hode jeg! Men det vil jeg si at ja, jeg mistet litt fotfeste i livet, det er det verste jeg noen gang har gjort, men også det beste jeg noen gang har gjort. For det er 10 ganger verre å ha et troll inni fjellet enn å la det sprette ut.”

Som vi ser av Tonjes utsagn reagerte hun med engstelse da hun fikk høre at hun hadde AD/HD. Med bakgrunn i sine tidligere erfaringer er det kanskje ikke så rart at hun ble redd for å bli et barn igjen. Samtidig fikk ”trollet” hun hadde båret på et ansikt og et navn. Hvis jeg har forstått Tonje riktig har hun fått en større forståelse for hvorfor mye har vært vanskelig. Hun sier selv at hun har hatt ”en lang og smertefull utdanning om hvordan det kan være å vokse opp med en ubehandlet AD/HD”, men at hun ved å få stilt diagnosen har kunnet bruke denne kunnskapen positivt. Samtlige informanter gir uttrykk for at de i etterkant av at de fikk stilt diagnosen har kunnet sette tidligere hendelser inn i en mer forklarlig sammenheng. Gina og Lisa forteller om sine første reaksjoner da det ble klart at de hadde AD/HD:

”Det var egentlig ganske deilig å få diagnosen, for da klarte jeg å plassere litt av livet mitt i den. Jeg tenker at det er en grunn til at jeg slet, at jeg er som jeg er.”

”Jeg fikk mange knagger og henge ting på, da forsto jeg plutselig hvorfor ting hadde vært så kaotisk som det hadde vært. Det positive med å få en diagnose var jo det at det var mange ting som ble forklart. Plutselig skjønnte jeg hvorfor så mye hadde skjedd. Hvorfor jeg hadde valgt sånn og sånn og hvorfor jeg hadde de og de reaksjonsmønstrene. Det forklarte aggresjonen jeg hadde følt innimellom. Det var så utrolig mye som datt på plass.”

For best mulig å takle livets konfrontasjoner, må man ifølge Antonovsky (1987) kunne begripe det som skjer rundt en selv og i en selv. Det dreier seg blant annet om å skape orden og fornuft i det man opplever, at ting er kognitivt forståelig og tydelig, i stedet for tilfeldig og kaotisk. Kvinnene i undersøkelsen forteller at de gjennom diagnosen nettopp har fått en større forståelse for sin egen situasjon. De uttrykker en slags lettelse over at det har vært en årsak til problemene de har hatt. Som vi ser av Lisa og Ginas sitater har det mest av alt influert positivt på deres selvforståelse. Det å vite hva AD/HD innebærer kan, slik jeg tolker det, ha bidratt til at kvinnene har fått en følelse av større orden over sin indre psykologiske situasjon (Antonovsky 1987). Der informantene tidligere har opplevd frustrasjon, kaos og motsetningsfylte hendelsesforløp, har de med sin diagnose kunnet sortere i noe av kaoset og selvbekreftelsene. Med andre ord kan det å begripe sin egen situasjon ha forandret kvinnenenes perspektiver på seg selv. Birgitte og Gina belyser:

”Det har gjort noe med forståelsen av meg selv, og det begynte allerede når jeg forsøkte meg på min sønns medisiner. Det var egentlig da jeg fikk lyst til å gjøre ting. Jeg har alltid vært redd for ting, jeg var så redd for å drite meg ut, eller være med på ting. Plutselig så hadde jeg lyst på absolutt alt. Jeg husker blant annet da jeg var på vekterkurset og leste om lover og regler, plutselig var det døds gøy, jeg tenkte at søren at jeg ikke visste det, da hadde jeg kunnet bli advokat. Det åpnet en ny verden for meg. Jeg slukte alt. Så det har gjort noe med selvfølelsen, det at jeg vet at jeg får til ting.”

”Selv følelsen forandrer seg ikke over natten selv om man får diagnosen AD/HD. Men jeg har selvtillit for det er mange ting jeg kan og mange ting klarer. På de praktiske ting og på det jeg gjør der er jeg oppegående. Men ikke på den jeg er, er jeg bra nok, er jeg god nok, er jeg syk nok, er jeg elskelig nok er jeg verdt nok? Der er det mange spørsmålstegn hele tiden.”

Kvinnene gir liknende beskrivelser når de forteller at diagnosen i seg selv ikke gir noen trylleformular på et overordnet godt selvbylde. Tidligere opplevelser har satt sine spor. Imidlertid gir de uttrykk for at deres selvoppfatning har blitt mer balansert og at de nå har funnet flere områder der de vurderer seg mer positivt. De har dessuten blitt mer bevisst på å velge ”signifikante andre” som speiler dem på en god måte. De

har med andre ord tatt i bruk generelle motstandsressurser i sitt sosiale miljø (Antonovsky, 1987). Gina, Tonje og Lisa forteller at de har funnet ektemenn som er støttende og forståelsesfulle og som gir dem aksept. Det er i tillegg mye som tyder på at informantene har blitt mer realistiske med hensyn til å sette grenser i forhold til egne og andres forventninger.

Kvinnene nevner at det har vært helt avgjørende å skaffe mest mulig informasjon om sin tilstand. Imidlertid har de måttet finne denne informasjonen på egenhånd. Birgitte sier noe om dette:

”Nei jeg føler ikke at hjelpeapparatet har lært meg noe om diagnosen. Jeg har ordna det selv. Jeg har skaffet meg bøker på egenhånd, og sittet på nettet en del og lest. Det var som å lese om meg selv. Så ting falt så på plass. Informasjon er viktig. Da jeg fikk diagnosen så kjøpte jeg en bok som handlet om voksne med AD/HD. Jeg slukte alle tipsene jeg fikk. Jeg føler virkelig at jeg selv har funnet ut om hva dette er. Det at jeg prøver å gjøre de tingene som er bra for de med AD/HD. Det hjelper meg!”

De fleste gir uttrykk for at utredningsstedet ikke har vært behjelpelige med informasjon. Oppfølgingen av kvinnene har, slik jeg forstår det, vært litt tilfeldig. Det virker imidlertid som om informantene har vært svært motiverte til å skaffe til veie nødvendig informasjon, litteratur og tips gjennom andre instanser. Det å begripe mest mulig har vært et viktig redskap for hvordan de opplever at de kan håndtere og mestre sine symptomer.

4.3.2 Håndtere

Antonovsky (1987) relaterer komponenten håndterbarhet til i hvilken grad individet opplever at de har ressurser til å møte de krav og forventninger de stilles ovenfor i hverdagen. Det kan for eksempel være ressurser man selv har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av en legitim annen. Som en kjæreste, ektefelle, noen i familien, venner, kollegaer, eller andre som det går an å stole på. Hva finnes i datamaterialet som kan relateres til Antonovskys begrep håndterbarhet? I hvilken grad opplever informantene at de har hatt ressurser til rådighet i etterkant av at de fikk stilt diagnosen? Hvordan håndterer de sine symptomer i dag? Hvilke faktorer har vært av betydning? Slik jeg ser det er det flere nøkkel faktorer som utkrystalliserer

seg fra datamaterialet: Innsikt, medikamentell og terapeutisk behandling, støtte fra viktige andre og viljen til å gjøre det beste for sine barn. Kunnskap og bevissthet om egen tilstand kan i relasjon til Antonovskys begreper forstås som motstandsressurs informantene selv har kontroll over. De fleste informantene gir uttrykk for at det å vite har gitt dem mer innsikt i vanskene, og dermed større muligheter til å gjøre noe med dem. Lisa sier:

”Jeg vet jo det at mange jenter med AD/HD som stresser seg selv ut, og jeg vet at jeg er en av dem. Jeg brenner lyset ut i alle ender helt til jeg møter veggen og tenker faen hva gjør jeg nå? Med AD/HD så kan det være at når man er frustrert så blir man ti ganger mer sinna om en ikke har det. Frustrasjonen har så uante konsekvenser, og proporsjonene er enorme i forhold til folk som har det mer normalt. Sånn sett er det veldig greit at man får ting forklart. Frustrasjonen hadde vært så mye større om jeg ikke hadde visst hvorfor. Nå vet jeg at jeg ikke får det til sånn eller sånn for nå vet jeg at jeg har AD/HD. Ok akkurat der sliter jeg, og der sliter jeg. Men jeg kan gjøre noe med det. Og jeg kan få hjelp til å løse floken.”

Sommerchild (2001) bruker begrepet håndterbarhet synonymt med troen på å finne løsninger. Informantene gir, som Lisa, nærliggende beskrivelser når de sier at de nå har fått en større tro på å finne løsninger. Tre av kvinnene forteller dessuten at medisiner og terapi har vært en viktig del av behandlingen.

”Når jeg tar medisin kjenner jeg at jeg får en liten opptur men samtidig en opptur som gjør at jeg lander. Da kan jeg sitte og gjennomføre en dialog med andre uten å bry meg med alt det som skjer rundt meg. Samtidig har det ikke tatt bort den effektive biten fra meg og det er jeg glad for. Jeg bruker ritalin. I tillegg har jeg hatt en tett og fin dialog med psykologen min om dette. Jeg snakker med henne en gang i uken. Nå har det blitt lettere å plassere ting og forstå hvorfor jeg er som jeg er.”

Som vi ser av Ginas utsagn blir medisiner og samtalen med psykologen en betydningsfull ressurs å ha til rådighet. Gina nevner også at ”orden er kluet” når det gjelder mestring. Kontrollfiksering har styrt Gina gjennom hele livet. Det kan være naturlig å tenke seg at Gina, helt fra hun var barn opparbeidet seg en strategi der hun har ”overhåndtert” tilværelsen. Det har ikke vært udelt positivt. For som hun sier selv: ”brenner jeg ofte lyset i begge ender fordi det handler om å holde det gående”. Samtidig kan innsikt og behandling ha vært til hjelp for å forstå hvordan hun kan oppnå større balanse i sitt kontrollbehov i hverdagen. Birgitte gir også sterkt uttrykk for at medisinen har vært en avgjørende faktor vedrørende mestring av symptomene:

”Det at jeg går på medisiner har gjort det mye lettere for meg. Jeg har ikke de depresjonene som jeg slet med daglig før. Jeg bruker dexidrin, det er en AD/HD medisin, men den blir mest brukt for de som har narkolepsi. For meg så har dette gjort at jeg blir gladere og at jeg er mer konsentrert og kan gjennomføre ting på en annen måte. Jeg merker ikke at jeg blir en helt annen person med medisin, det er ikke sånn, men jeg klarer faktisk å tenke og å konsentrere meg på en annen måte. Gjøre ting ferdig. Jeg føler selv at jeg nå reagere mer normalt. Jeg har de samme tingene det merker jeg jo, men jeg er mer bevisst og obs på det, og det skal mye mer til før jeg blir sinna. Jeg klarer da å tenke mer roligere rundt det som skjer.”

Informantene gir viktige opplysninger med hensyn til at bruken av medisiner ikke har tatt bort følelsen av å være seg selv. Den store forskjellen er at de får en opplevelse av å være mer ”normale” i sine reaksjonsmønstre. Samtidig forteller de at symptomene ikke har forsvunnet. De har sine opp og nedturer. Tonje sier for eksempel at hun ofte sliter med å kontrollere sin impulsivitet, og at hun uten medisin bruker enormt med krefter på å ta seg sammen i sosiale sammenhenger. Det er mye som tyder på kvinnene fortsatt nedlegger mye energi og krefter på å fungere i hverdagen. Men når det er sagt, uttrykker samtlige at de til tross for sine symptomer har blitt mer bevisste og dermed mer motiverte til å gjøre noe med problemene.

”Jeg prøver som sagt å observere folk, lytte til folk, betrakte folk. Hvordan man skal være i forhold til andre mennesker man møter. Jeg prøver å ikke være så pågående fordi hvis man er for intens så treffer jeg ikke helt, eller hvis jeg er for fraværende så treffer jeg ikke helt. Derfor prøver jeg å legge meg sånn midt i mellom. Jeg trenger selvfølgelig litt hjelp av mannen min, jeg bruker han veldig bevisst. Mannen min er veldig likendes type. Han er en type som det er lett å prate med og som folk flest kommer overens med. Jeg bruker han som en liten guide. Han gir meg små tegn om jeg blir litt mye. Mannen min gjør at jeg føler meg 200 % trygg i lag sammen med han. Foreldrene hans er også helt fantastiske, så de kan jeg ikke få rost nok. De har tatt i mot meg med åpne armer og har aldri kritisert meg på noen som helst måte. De betrakter meg som en datter i huset. Jeg er veldig heldig sånn.”

Utsagnet til Lisa belyser flere forhold: Som vi ser har hun gjennom kunnskap og større selvforståelse blitt mer klar over hvordan hun kan oppnå større balanse i møte med andre. Samtidig bruker hun mannen sin bevisst som sosial guide. I realiteten speiler hun seg i mannens reaksjoner og sosiale kompetanse (Mead, 1962). Slik jeg tolker Lisa, har hun ved å innta ektemannens perspektiv, klart å sette seg inn i hans rolle og ved det modifisere sin egen atferd. Det kan være at hun nå, i motsetning til tidligere, opplever at det har blitt enklere å finne en felles forståelse i møte med

andre. Dessuten har hun funnet tilhørighet og aksept gjennom sin svigerfamilie. Hun har funnet motstandsressurser hos legitime andre i sitt sosiale miljø (Antonovsky, 1987). Hun sier selv at hun har trukket svigerforeldrene helt bevisst inn i livet sitt, og at svigermoren er hennes beste venninne. Ektemannen og familien representerer, slik jeg forstår det, Lisas "signifikante andre" i voksen alder. Med sine verdier, normer og reaksjoner gjenspeiler de således Lisa på en positiv måte.

Informantene gir flere eksempler på egne mestringsstrategier. Noen har for eksempel bevisst bestemt seg for å ikke ta seg selv så høytidelig, og anvende humor når noe oppleves som vanskelig, skrive ned lister over det som skal gjøres hver dag og krysse av når noe er gjennomført, ikke begynne på noe nytt før noe er ferdig, bestemme seg for å lytte mer til andre i sosiale situasjoner osv. Birgitte sier at hun blant annet har blitt flinkere til å gi seg selv positive beskjeder. Slik jeg tolker Birgitte har hun ved å gjøre ting kognitivt forståelig funnet indre ressurser som hjelper henne til å håndtere hendelser:

"Hvis noen sier at det var kanskje litt dumt det du gjorde der, så kan jeg ta det veldig som kritikk. Men jeg er flinkere nå for jeg vet at det er en grunn til at jeg føler det sånn. Jeg er flinkere og si til meg selv at de mente det sikkert ikke sånn. Jeg blir ikke så totalt knust som jeg pleide å bli. Hvis for eksempel det er en beskjed jeg har glemt på jobben eller noen sier at kan ikke du huske å gjøre sånn så tar jeg det litt lettere nå, før kunne jeg nesten dø av det. Nå tar jeg meg selv i det og sier okey! eller har jeg husket å ta medisinen min"

Antonovsky (1987) sier at i den grad man har en sterk opplevelse av håndterbarhet, føler man ikke at man er et offer for omstendighetene. Selv når ulykkelige hendelser finner sted, har man likevel en god overbevisning om at det skal ordne seg. Jeg har ikke spurt mine informanter direkte om de har følt seg som offer for tidligere omstendigheter. Men i lys av deres tidligere opplevelser vil det være naturlig å tenke seg at de har følt seg maktesløse og sårbare i møte med sine omgivelser. Birgitte sier blant annet at hun er bitter og forbanna med tanke på at hun ikke fikk adekvat hjelp på et tidligere tidspunkt. Birgitte har heller ikke opplevd å ha en nær fortrolig voksen i oppveksten. Imidlertid gir hun uttrykk for at hun har klart mye på egenhånd.

"Jeg er et tenkende menneske og jeg prøver hele tiden å finne veier og muligheter. Det tror jeg er fordi jeg er en person som har tenkt mye og som alltid prøver å finne ut av ting. I stedet for å gi opp. For jeg liker ikke å gi opp skjønner du. Det er viktig for meg og klare ting."

En kan tolke Birgittes sitat i retning av at hun til tross for sine vansker har klart å mobilisere sine indre motstandsressurser i konfrontasjon med det som har vært vanskelig (Jf Antonovsky, 1987). Birgitte nevner at det først er nå hun kan se på seg selv som en sterk person som har fått til noe, til tross for. Slik jeg forstår Birgitte har innsikt i egen tilstand hjulpet henne til dette. Tonje forteller på sin side at hun fortsatt har er en lang vei å gå, men at hun nå er motivert og bevisst på bearbeide tidligere opplevelser i oppveksten. Hun gir uttrykk for at hun ikke er bitter og at hun ikke har mistet håpet.

”Ja jeg ser en lys fremtid i møte. Jeg har lest om en angst ring, så både jeg og mannen min skal gå i hver vår gruppe. Jeg tror at jeg bare skal begynne der. Tror ikke det skal så mye mer til. Jeg lurar på hvor mange svarte rom jeg har inni meg, jeg tror ikke jeg har så mange stengte rom. Jeg tror ikke jeg har så mange skjulte sider. Jeg tror jeg har gått i gjennom det meste. Jeg behøver å bearbeide enda mer. Men det skal nok gå bra, barna blir større, de flytter ut. Kanskje jeg kan begynne på skolen, kanskje ikke livet mitt er kjørt. Kanskje jeg kan gjøre noe annet når jeg blir stor. Jeg er bare 34.”

4.3.3 Finne mening

Meningsfullhet er det tredje elementet i Antonovsky konstruksjon av ”opplevelse av sammenheng”. Den viser til i hvilken utstrekning individet kjenner at livet har et følelsesmessig innhold. Antonovsky (1987) fant i sin studie at mennesker med en sterk følelse av sammenheng alltid vektla de områdene i livet som betød mye for dem, som de var svært engasjert i og som ga mening følelsesmessig, og ikke bare i kognitiv forstand. Det er mye i dette materialet som peker i retning av at kvinnene har funnet mening innenfor områder som har betydd mye rent følelsesmessig. Samtlige vektlegger at barna og familien har stor betydning. De uttrykker også at de til tross for at mye har vært vanskelig i forbindelse med at barnas AD/HD, samtidig har funnet mening i å engasjere seg i deres situasjon. Tonje forteller:

”Jeg har en sønn og en datter med AD HD, Først skal mine barn komme, for mitt liv er kjørt, jeg kan ikke puttes inn igjen for så å fødes på nytt. Jeg kan ikke gjøre det samme med ungene mine selv om det hadde vært det mest optimale, det hadde vært en ideell sak, men hvis jeg skal klare å hjelpe mine barn så må jeg styrke meg selv mest mulig. Men barna først. Jeg gidder ikke å se at mine barn skal gjenta mine mønstre. Mønstret skal brytes.”

Alle informantene forteller at de identifiserer seg med barna sine, de gir sterkt uttrykk for at disse ikke skal gjennomleve det samme som de selv har gjort. Slik jeg tolker informantene, utgjør familien en viktig drivkraft. En motivasjonsfaktor til at de vil gjøre alt i verden for selv å være en ressurs i barnas liv. Ifølge Antonovsky (1987) henger meningsfullhet nært sammen med motivasjon. Dette illustrerer at informantene ved å finne mening i forhold til sin familie, også har blitt mer motivert for å investere energi og engasjement i å begripe og håndtere sin egen situasjon. I så måte gjenspeiler en slik tolkning hvordan prosessene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er flettet i hverandre (jf Antonovsky, 1987)

Åpenhet er en annen faktor som synes å ha vært av betydning for informantene. Gina, Lisa og Birgitte uttrykker at det har vært viktig å være åpen med hensyn til at de har fått diagnosen. De nevner at diagnosen ikke er en belastning, de er heller ikke redd for å bli stigmatisert. De synes å mene at det tvert i mot har åpnet opp for større forståelse fra blant annet kollegaer og venner. Gina og Lisa forteller at det også har hjulpet på forholdet til deres foreldre. Birgitte nevner at det har vært positivt med hensyn til arbeidsplassen, det at de nå forstår at det er noen ting hun sliter med. På en slik måte har Birgitte antagelig lagt noen premisser som kan gjøre det enklere for henne å håndtere situasjoner på arbeidsplassen. Tonje derimot har valgt å ikke fortelle om sin diagnose til så mange. Hun sier det er av hensyn til at barna ikke skal bli ytterligere stigmatisert. Imidlertid har hun og ektemannen deltatt i en foreldergruppe i regi av AD/HD - foreningen. Der har hun vært åpen om sin egen situasjon. Slik jeg forstår Tonje var dette et stort men viktig skritt i riktig retning.

På hvilken måte kan åpenhet forbindes med mening? Ved å være åpne rundt sin egen situasjon har Gina og Lisa oppnådd mer forståelse av sine foreldre. Ut i fra deres historier vet vi at dette forholdet tidligere har vært komplisert og vanskelig. Man kan anta at foreldrene gjennom å vite mer om hva det innebærer å ha AD/HD, har fått et klarere bilde av hvordan døtrene egentlig har hatt det. Forhåpentligvis kan det at foreldrene vet hjelpe dem noen skritt nærmere forsoning. Åpenhet kan derfor gi en følelsesmessig mening til for eksempel Gina og Lisa. I tillegg uttrykker Lisa at hun har funnet mening i å bruke sine personlige erfaringer og kunnskap til å informere andre om hva det innebærer å ha AD/HD:

"Jeg er veldig åpen om diagnosen og har laget internettside om det. Der sier jeg at: jo jeg har AD/HD og sønnen min har AD/HD og det er greit. Vi har ca 70 besøk på den siden i døgnet. Alle sammen forstår nå hva jeg sliter med ut av de nærmeste. Søsteren min, moren min og mannen min og svigerforeldrene mine. De som jeg anser som min nærmeste familie, og så tanta mi da. De skjønner hva jeg sliter med. De har lest gjennom alle tingene og de skjønner det. Det synes jeg er veldig viktig. Mange ser også på meg slik de gjorde før, og det å få snudd bildet er ikke "bare bare". Selv om jeg ikke føler meg stigmatisert, så føler jeg at jeg er satt litt i en bås. Men jeg føler meg ikke stigmatisert pga diagnosen, det gjør jeg ikke. for "jeg er meg" og i tillegg har jeg diagnosen. Akkurat som de med diabetes man stigmatiserer ikke de for det."

Antonovsky (1987) sier at det kan være psykologisk fordelaktig å lokalisere en mening også rundt hendelser som har funnet sted. Som tidligere nevnt er det mye som peker i retning av at informantene, ved å begripe hvorfor mye har vært vanskelig, også har kunnet tillegge mening til det som har skjedd. Slik jeg tolker det har forståelsen av tidligere hendelser gitt dem innsikt og derved har de funnet mening i å investere tid og ressurser til å gjøre noe med livene sine, som behandling og terapi. At det meningsfulle kan oppstå når man deler sine opplevelser med andre forårsaker at man kan trekke inn et narrativt aspekt inn i det hele. Det kan være at informantene, ved å fortelle sine historier til oss og til andre, kan forstå sitt liv i en større sammenheng. Ved å dele sine viktige erfaringer der fortid og nåtid møtes, kan kvinnene ytterligere utvikle selvforståelsen og meningen med det som har vært (Thybo, 2003). Noen av informantene nevner for eksempel i selve intervjusituasjonen at de egentlig ikke har tenkt på det før nå at de har fått til mye. Samtlige informerer i tillegg at de i dag kan se at det å ha AD/HD kan ha sine positive sider. Tonje, Lisa og Birgitte uttrykker dette slik:

"AD/HD det er en gave som andre folk ikke har, men tung og forvalte riktig".

"Jeg kan drive på med tusen ting på en gang og det har jo sine fordeler det har, det definitivt. Men samtidig har det sine ulemper. Men muligheten til å klare å håndtere mange situasjoner som pågår på en gang den tror jeg ikke alle klarer. Men det tror jeg at mennesker med AD/HD kan klare fordi de er vant til det. Jeg er også utrolig sta, og jeg har en utrolig sterk psyke, det kan hende at jeg har dette som en egenskap fordi jeg har diagnosen AD/HD."

”Når jeg fikk diagnosen så ble jeg egentlig forbanna fordi jeg har måttet gått gjennom så mye med meg selv, som jeg kunne ha sluppet å gå i gjennom. Jeg vet ikke om AD/HD er grunnen til at jeg har fikset mange ting og samtidig ikke fullført så mye i livet mitt, men likevel så har jo fått til ting. Jeg klarer å utføre mye på en gang. Som for eksempel med sønnen min, at jeg har hatt energi nok til å klare det. For det har jeg. Det er vel det som har fulgt meg, at jeg faktisk talt har klart det tross alt. Men dette har jeg egentlig ikke tenkt på før nå. ”

Antonovsky (1987) sier at det kan være en fordel å søke mening i det som har skjedd for så å komme gjennom det med verdighet. Det er interessant å registrere at samtlige informanter tilegger diagnosen et meningsaspekt. De uttrykker at det å ha AD/HD også har tilført dem noen fordelaktige egenskaper. Samtidig gir dessuten kvinnene parallele beskrivelser av at man ikke må bruke AD/HD som en unnskyldning, men heller som en ressurs. Tonje sier:

”Det å ha AD/HD, da har man fått utdelt et handikap ja, men man har også fått utdelt evner som andre ikke har fått. Om man bruker det positivt kan man få til ting i livet.”

Slik jeg forstår Tonje har hun tilført sin egen diagnose og sine tidligere erfaringer både håp og verdighet. Som hun selv sier har hun levd med det hun kaller ”*et usynlig handikap, en oppvekst mellom en syk og frisk verden*” og samtidig forsøkt å fungere under normale premisser. Dette har hatt sine alvorlige konsekvenser. Likevel gir hun, som de andre kvinnene, viktig informasjon om at man selv med AD/HD kan verdsette de egenskapene som nettopp skiller de fra andre. Dette i motsetning til å sykdomsforklare det. En slik forståelse åpner for mulighetene til å finne mening i å håndtere fremtidige utfordringer.

5. Sammenfatning og avsluttende refleksjoner

Jeg har i denne undersøkelsen arbeidet ut i fra et genuint ønske om å skape en forståelse av hvordan diagnosen AD/HD kan ha influert på fire kvinners tidligere opplevelser. I tillegg har jeg forsøkt å få innsikt i deres tanker om betydningen av å få stilt diagnosen i voksen alder. Jeg har altså studerte fenomener ut i fra to vide vinkler som utfyller oppgavens hovedproblemformulering:

Hva innebærer det for kvinner å få stilt diagnosen AD/HD i voksen alder?

Jeg har brukt motsetninger som et hovedspor i analysen fordi jeg mener at det eksisterer en rød tråd av motstridende følelser og motsetningsfylte hendelsesforløp i kvinnenenes tilbakeblikk i oppveksten. Disse motsetningene synes å ha influert på viktige områder i deres liv. Studien har vist at kvinnenenes symptomer manifesterte seg på motsetningsfulle vis, både på synlig og usynlig måter. De har vært rolige og urolige, impulsive, intense, pratsomme, tilbaketrukket eller tenkende og fjerne. Deres skildringer gjenspeiler i så måte diagnosens vide og subtile spekter. Det er mye i dette materialet som indikerer at informantene har kompensert for sine vansker ved å kontrollere sider ved seg selv. Med årene har de kjempet en indre kamp for å holde indre uro og kaos under kontroll. Det kan være grunn til å tro at informantene, på bakgrunn av sitt ønske om å leve opp til dypt festede forventninger til hvordan jenter ”burde være”, etter hvert internaliserte sine vansker. Resultatet ble at de utviklet tilleggsproblemer allerede i tenårene, uttrykt i motstridende reaksjoner mellom sinneutbrudd, frustrasjoner og ”snill” og ”pliktoppfyllende” eller innadvendt atferd.

Ved siden av nederlag på skolen, kognitive vansker og undertrykt, har informantenes største problemer utspilt seg på den sosiale arenaen. Resultater fra undersøkelsen viser at de har slitt med å finne en balanse i relasjoner. De har vært enten for mye eller for lite i møte med andre. Samtlige har opplevd en form for sosial utfrysning, det startet allerede på barneskolen. Flere nevner at det var vanskelig å forstå de sosiale kodene da de var yngre. Det førte til at det ble problematisk å finne en ”trygg bunn” bygget på felles forståelse i samværsprosesser, spesielt i møte med jevnaldrende

jenter. Resultatet ble motsetningsfylte hendelsesforløp og misforståelser også i andre relasjoner. Samtlige har savnet stabile og anerkjennende responser på seg selv og sin atferd. Spesielt har de manglet forståelse og nærhet av sine foreldre. Forholdet til såkalte viktige andre i oppveksten har satt dype spor i informantenes selvforståelse. Det synes som at kvinnene på ulike måter har gått på akkord med seg selv for å oppnå aksept fra sine omgivelser. Slik jeg forstår det, belyser kvinnene med sine erfaringer viktige aspekter ved de ulike implikasjoner en uoppdaget diagnose kan føre med seg hos jenter. Det er mye som tyder på at de psykologiske konsekvensene som lav selvoppfatning og følelsen av mindreverd, har gjort dem mer utsatt med tanke på både psykiske og fysiske overgrep. De gir med andre ord betydningsfull informasjon om at følgene for jenter med AD/HD som ikke får adekvat hjelp, kan være at man vil komme til å undertrykke sider ved seg selv og sine behov i relasjoner for oppnå anerkjennelse og tilhørighet.

Undersøkelsen viser at informantene gjennom mange år har opplevd et høyt stressnivå. Samtlige gir beskrivelser av å nå et kritisk punkt i voksen alder. Informantene forteller om angst, depresjoner og om psykiske sammenbrudd. Dette samstemmer med funn fra studier der psykiske lidelser og udiagnostisert AD/HD nærmest går hånd i hånd (Biederman og Faraone 2003, Nadeau mfl 1999, Aanonsen 2000, Rucklidge og Kaplan 2000). Studien indikerer imidlertid at kvinnene "til tross for stor ubalanse mellom stressfaktorer og ressursfaktorer i oppveksten har klart å mobilisere sine motstandsressurser. Støtte fra viktige andre, en tante, eller en venn var helt avgjørende for informantene.

Undersøkelsen antyder at diagnosefastsettelse har hjulpet kvinnene til å sette tidligere hendelser inn i en mer forklarlig sammenheng. Der de tidligere har opplevd frustrasjon, kaos og motsetningsfylte hendelsesforløp, har de ved å identifisere sine vansker kunnet sortere noe av kaoset og selvbebreidelsene. Det å begripe sin egen situasjon, har slik jeg forstår det, forandret kvinnes perspektiver på seg selv og lettet en bær av skyld, skam og mindreverd fra deres skuldre. En kan også anta at de med kunnskap om sin egen tilstand har fått større selvinnikt, og at de derfor har blitt mer bevisste på hvordan de kan takle sine symptomer og fremtidige situasjoner. Dette

finner også Rucklidge og Kaplans i sin studie (2000), der kvinnene i undersøkelsen oppgav at innsikt i tilstanden var en sentral faktor.

Studien viser at medikamentell og terapeutisk behandling, samt viktige støtte personer og nær familie er nøkkelfaktorer i forhold til hvordan informantene opplever at de i dag kan håndtere sine symptomer og oppnå større balanse i hverdagen. Undersøkelsen synliggjør dessuten betydningsfulle aspekter med hensyn til at bruken av medisiner ikke har berøvet deres opplevelse av å være seg selv. Samtlige gir uttrykk for at de ikke ”er sin diagnose”, og at det er lite fruktbart å bruke diagnosen som en unnskyldning eller å sykdomsforklare. Det er interessant å se at informantene snarere gir det å få diagnosen et meningsaspekt. De tilfører med andre ord sin AD/HD og sine tidligere erfaringer både håp og verdighet ved å oppskatte de egenskapene som nettopp skiller dem fra andre.

5.1 Refleksjoner over funn og veien videre

Å samle fire kvinners liv innenfor rammen av en masteroppgave har vært en utfordring som har gjort litt vondt. Kvinnene har gitt mye viktig informasjon. Deres refleksjoner og åpenhet har bidratt til et fyldig datamateriale som hver for seg kunne fortjent sin egen undersøkelse. Jeg startet opp dette prosjektet med store ambisjoner. Underveis har jeg kommet til den erkjennelsen at jeg i min iver nok har forsøkt å gape over for mye. Masteroppgavens begrensede rammer gjorde at jeg ikke har kunne presentere alt det innhentede datamaterialet i denne studien. Bortvalget er et resultat av mine vurderinger og tolkninger og bidrar derfor til at fremstillingen ikke gjenspeiler en fullstendig beskrivelse av informantenes erfaringer og opplevelser. Imidlertid kan det bortvalgte materialet inspirere til videre forskning. Jeg vil reflektere rundt noen områder som kan være av interesse for veien videre.

5.1.1 AD/HD i et kjønnskulturelt perspektiv

Generelle rolleforventninger til kjønn starter ifølge Nadeau (2002) tidlig i kvinners liv. De dypt integrerte reglene for hva som er akseptert atferd hos jenter overføres

både gjennom samfunn og familien (Solden, 1995). Jeg tror generelt at de grunnfestede kjønnskulturelle betingelsene influerer sterkt på de fleste jenter og kvinners natur. Det kunne vært interessant å forske videre på hvordan disse vilkårene nettopp påvirker bildet av AD/HD hos jenter. Mange jenter med AD/HD lærer tidlig at de ikke er bra nok fordi de ikke blir møtt positivt av omgivelsene. De undertrykker derved sider ved seg selv som en reaksjon på andres kritiske signaler (Nadeau mfl, 2002). I deres innbygde ønske om å klare å leve opp til de generaliserte oppfatningene blir de revet mellom ytterkanten av sine følelser og reaksjoner. Kanskje bidrar de kjønnskulturelle betingelsene til en atferd med kontraster. Da blir det muligens slik denne studien viser, det motsetningsfylte som gjenspeiler noe av det karakteristiske bilde av jenter med AD/HD.

5.1.2 AD/HD i et jente og kvinne perspektiv

Flere studier peker i retning av at atferdsvansker hos jenter gir seg mer utslag i sosiale vansker enn i aggresjon som en ofte ser hos guttene (Biederman, 1999). For de fleste kvinnene i denne undersøkelsen utspilte de største problemene seg på den sosiale arenaen. En kan i så måte tenke seg at de sosiale problemene kan være en av markørene på AD/HD hos jenter. Det bør tas høyde for at jenter, til tross for at problemene er mindre synlige, ofte har større vansker i forhold til selvbilde og til å bli sosialt akseptert (Nadeau mfl, 1999). Det er viktig å få kunnskap om diagnosens vide spekter, og hvordan svikt i eksekutive funksjoner ofte kan ligge bakenfor vanskene (Barkley, 1997). Ikke minst bør en være svært observante med hensyn til hvordan tilleggsvanskene ytrer seg hos jenter. Både i sin synlighet og usynlighet. Det er behov for mer forskning om kjønnsaspektene på AD/HD. En kan anta at det i likhet med informantene i denne studien, finnes mange kvinner med AD/HD som innehar viktig kunnskap når det gjelder informasjon om jenter med AD/HD. Gjennom å spørre flere om deres opplevelser i oppveksten kan vi få førstehåndsinformasjon om hvordan det er for jenter å leve med denne tilstanden (Nadeau mfl, 1999). Ved å lytte til deres stemmer kan vi skape avgjørende innsikt som gjør det lettere å fange opp og behandle den oppvoksende generasjonen jenter med AD/HD.

5.1.3 Utredningsprosessen

Noe av det bortvalgte materialet dreier seg om hvordan informantene opplevde utredningsprosessen og møte med hjelpeapparatet. Deres erfaringer er svært ulike. Både med hensyn til hvordan de ble møtt i prosessen, tiden det tok før diagnose fastsettelse og tilbud om oppfølging. I denne studien kommer det frem at medisiner har ført til bedring. I det utelatte materialet gir kvinnene viktig informasjon om medikamentell utprøving, om fordeler og dilemmaer i relasjon til dette. Noen forteller at de nærmest har følt seg kriminalisert før det ble klart at de fikk utskrevet medisiner. Dette har jeg ikke drøftet nærmere. Det kunne vært spennende å vite mer om de psykologiske og sosiale aspektene rundt utredningssituasjoner. Slike kunnskaper kan i et samfunnsmessig perspektiv åpne opp for mer forståelse og kanskje mindre statiske oppfatninger rundt diagnose og behandling.

5.1.4 Er det positivt å få stilt diagnosen AD/HD ?

I mange tilfeller blir AD/HD hos jenter ikke oppdaget før de blir kvinner og plages av angst og depresjoner (Ryffel- Rawak, 2004). I en rekke tilfeller blir det aldri stilt en diagnose. Kvinnene i denne undersøkelsen fikk til slutt identifisert sine vansker. Studien viser at dette har vært positivt. Jeg valgte derfor å arbeide fra en løsningsorientert tankegang gjennom å analysere fenomener bygget på Antonovskys (1987) salutogenetiske perspektiv. Informantene er alderen 30 til 40 år. Deres ønske om å stille opp til intervju og deres refleksive holdninger kan indikere at kvinnene i seg selv representerer en ressurssterk gruppe. Det kan være at en nydiagnostisert 20 åring ville gitt et helt annet bilde av sin situasjon. Andre har kanskje erfart stigmatisering og sykeliggjøring. Noen sitter mest sannsynlig med opplevelsen av å ikke få støtte fra viktige andre. Det kan også være at noen har møtt på holdninger ellers i samfunnet som ensidig har dreid fokus rundt snevre oppfatninger av hva det innebærer å ha AD/HD.

Kvinnene i denne studien har gått en lang vei før de selv fikk stilt diagnosen. Det de har gjennomlevd har ikke vært en systematisk prosess. Kunnskapen og erkjennelsen om at noe var galt har gradvis blitt tydeliggjort i takt med deres modning og gjennom

egne barn som selv har AD/HD. Informantene uttrykker at de fortsatt har en lang vei å gå, og at livet med diagnosen både utfordrer og krever. Likevel er det grunn til å tro at de ved å få identifisert sine vansker, nå opplever tilværelsen som mer begripelig, håndterbar og meningsfull. Kvinnerens erfaringer belyser i så måte viktige aspekter ved at diagnosefastsettelse mest sannsynlig har bidratt til å styrke deres ”opplevelse av sammenheng”. Antonovsky (1987) mente tidligere at det er lite trolig at vår følelse av sammenheng vil endre seg radikalt etter fylte 30 år. Han har imidlertid modifisert dette synet. Med bakgrunn i funn fra denne undersøkelsen, er det er god grunn til å tro at utviklingspotensialet nettopp ligger i de erfaringene kvinnene har gjort seg i et 30 eller 40 års langt liv. De har valgt å ikke gi opp eller fornekte sin egen situasjon. De har ønsket å finne løsninger og svar og derved gjort noe med det som var vanskelig. Slikt gir håp og tro på at nye opplevelser av sammenhenger ikke har noen aldersgrense.

5.2 Avslutning

De fire kvinnene som har latt seg intervjuet representerer seg selv og sine unike historier. De er ikke like. Imidlertid fremgår det av datamaterialet noen felles mønstre ved informantenes opplevelser og erfaringer. Det er disse sentrale fenomenene jeg har forsøkt å sette i system å gjøre tilgjengelig. Begrunnelsen og motivasjonen bak dette prosjektet har vært å kunne komme med informasjon som kan ha en overføringsverdi og være til nytte i det praktiske arbeide. Slik kan resultatene fra denne undersøkelsen være av faglig interesse, og generere til mer forståelse og utviklingsmuligheter.

Kildeliste

- Alvesson, M & K Sköldbberg (1994): *Tolkning och reflektion*. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. studentlitteratur
- Andenæs, A (2000): Generalisering: *Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse*. Haavind, H (RED). Kjønn og fortolkende metode. Gyldendal Akademisk
- Andresen., N. E (2005): *Kvinner med AD/HD blir oftere feildiagnostisert enn gutter* Folket [http: /www.bergenclinics.no/templates/applications/internet/IPS-printer.asp?io](http://www.bergenclinics.no/templates/applications/internet/IPS-printer.asp?io) Lesedato:18.10.2005
- Antonovsky, A (1979): *Health, Stress and Coping*: New perspectives on Mental and Physical Well –Being. San Francisco: Jossey- Bass
- Antonovsky, A (1987): *Unravelling the mystery of health, how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey- Bass
- Antonovsky, A & Sagy, S (1990): *Coping with retirement: Does the sense of coherence matter less in kibbutz?* International Journal of Health Sciences , 1. pp 233-242
- Barkley, R. (1997): *ADHD and nature of self-control*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R (2004):*AD/HD en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse*. NK info nr 2-3 Sommer /Høst. Nasjonal Kompetansesenter for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi
- Brown, R., Madeu-Swain, A & Baldwin, K.(1991):*Gender differences in clinic-referred sample of attention deficit disordered children*. Child Psychiatry and Human Development, 22, 111-128.
- Biederman, J (1999): *Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained From Paediatric and Psychiatric Referral Sources*. J. American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 38:966-975

-
- Biederman, J & S Faraone (2003): *Gender effects on attention-Deficit/hyperactivity Disorder in Adults, Revisited*. BIOL PSYCHIATRY 55:692-700
- Biederman, J & S Faraone (2004): *The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention- deficit/ hyperactivity disorder in youth and relatives* : Psychiatric Clinics of North America, 27: 225-232
- Dalen, M. (2004): *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dysthe, P (2006): HYPER. *En beretning om uro*. N. W. DAMM & SØNN
- Evenshaug, O, Hallen, D (1993): *Barne og ungdomspsykologi*. Ad Notam Gyldendal
- Farstad, AL. Tangen, R. (2004): *Skravlebøtter og dagdrømmere. En pilot prosjekt om jenter og AD/HD*. Torshov Kompetansesenter
- Gaub, M, Carlson, C (1997): *Gender differences in AD/HD: a meta-analysis and critical review*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36: 1036-1045
- Hagerup, I (2001): *Samlede dikt. "To tunger"*. Den norske bokhandler forening 150 års jubileum
- Hoem, S (2004): *En håndbok for voksne med AD/HD*. Gyldendal Akademisk
- Holter, H, Kalleberg, R (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Universitetsforlaget.
- Hundetvadt, L(2004): Artikkel hentet fra Helsenytt på nettet.
<http://www.helsenytt.no/artikler/adhd-jenter.htm> (Lesedato:11.01.05).
- Hyden, M (2000): *Forskningsintervjun som relationell praktik*. Haavind (Red). *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske Muligheter i Kvalitativ Forskning*. Gyldendal Akademisk

-
- Haavind, H (2000): *På jakt etter kjønnede betydninger*. Haavind (Red). *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske Muligheter i Kvalitativ Forskning*. Gyldendal Akademisk
- Iglum, L.(1997) :*Kan de ikke bare ta seg sammen*. Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Järvinen, M og Mik-Meyer N.(2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer, og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag
- Karlson, T og Vinnes, I. K (2005): *Selvskading en mestringsstrategi?*
Unpublished Hovedoppgave i Psykologi. Universitetet i Bergen
- Kopp, S. Gillberg C (1999): *Vem søker barnepsykiatrisk oppenvård? En studie*.
Legetidningen 96:5072-5076
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Kvilhaug, G.(1998): *AD/HD Et verktøy for kartlegging av barn og ungdom*.
NOVUS FORLAG-OSLO
- Langete, B, (2004): *Jenter med ADHD*. Zeiner, P.(Red). *Barn og unge med ADHD*. Tell Forlag
- Lund, T. (red.) (2002): *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo Unipub Forlag.
- Malterud, K .(2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*.
Universitetsforlaget
- Maxwell, J. A. (1992): *Understanding and Validity in Qualitative Research*. I:
SPESIALPEDAGOGIKK SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk Master Kopisamling 2005
- Mead, G. H (1962): Volume 1 *Mind, Self, & Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. The University of Chicago Press
- Nadeau K & E B Littman, P O Quinn (1999): *Understanding girls with AD/HD*.
Advantage Books
- Nadeau, K & Quinn, P (2002): *Gender Issues and AD/HD Research, Diagnoses and Treatment*. Advantage Books

-
- Nergård, V (1995): *Smerten i fortellingen – et psykoanalytisk perspektiv*.
Hovedfagsoppgave i pedagogikk. Universitetet i Tromsø
- NESH, (1999) :*Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, jus og humaniora*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora
- Rucklidge, J. J. & Kaplan, B. J.(1997): *Psychological functioning in women identified in adulthood with attention- deficit/hyperactivity disorder*. Journal of Attention Disorder,2, 167-176.
- Rucklidge, J .J. & Kaplan, B. J.(2000): *Attributions and perceptions of childhood in women with AD/HD symptomatology*. Journal of Clinical Psychology, 56, 711- 722
- Ryffel- Rawak, D (2004): *Jenter med ADHD blir oversett*. Psykisk Helse. Artikkel nr 6.
- Sintef (2004): *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser /ADHD*. Sintef Helse
- Skaalvik, E- M & S Skaalvik (2005): *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. TANO.
- Socialstyrelsen (2002): *ADHD hos barn og vuxna*. Socialstyrelsen
- Solden .S (1995): *Women with Attention Deficit Disorder* .Underwood Books, Grass Valley, California
- Sommerchild. H.(2001): *Det teoretiske perspektivet..* Gjærum. B, Sommerchild. H. (Red) *Mestring som mulighet* Universitetsforlaget
- Strauss, A & J Corbin (1998): *Basics of Quality Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Saga Publication
- Tishelman, C (1996): *Några kritiske reflektioner över vårt okritiska bruk av mätinstrument*. Exemplet känsla av Sammanhang. Vård i Norden 1/1996
- Thuren, T(1993): *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal Akademisk

Thybo, P (2003): *Antonovskys salutogenetiske ide*. Kognition og Pædagogik, Nr. 49

Vedeler, L(2000): *Observasjonsforskning i pedagogiske fag*. Gyldendal Akademisk Oslo

Veileder. (2006): *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD*. Diagnostikk og behandling av hyperkinetiske forstyrrelser /attention deficit hyperactivity disorder (AD/HD) hos barn, ungdom og voksne. Sosial og Helsedirektoratet

Zeiner, P (2004): *Barn og unge med AD/HD*. TELL FORLAG

Øgrim, G. Gjørum, B, (2002):*Urolige og uoppmerksomme og impulsive barn*
Gjørum, B, Ellertsen, B (Red) *Hjerne og Atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og unge i et nevrobiologisk perspektiv*. Gyldendal Akademisk

Øgrim, G (2002):*Voksne med AD/HD En veileder til å forstå oppmerksomhetsvansker med hyperaktivitet hos voksne*. Nasjonal Kompetanse for AD/HD, Tourettes Syndrom og Narkolepsi

Aanonsen,NO (2000): *ADHD diagnose, klinikk og behandling hos voksne*. Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1

Kriterier for diagnosen AD/HD i DSM-IV

De diagnostiske kriteriene for AD/HD "Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder" er som følger (oversatt fra DSM-IV, 1994, av Nasjonal Kompetanseenhet for AD/HD, Tourette syndrom og Narkolepsi).

1. Seks eller flere av følgende symptomer på uoppmerksomhet har vart i minst seks måneder i en grad som er avvikende for utviklingstrinnet:

Uoppmerksomhet

Personen

(a) Viser ofte ikke oppmerksomhet for detaljer eller gjør slurvefeil i skolearbeid, arbeid og andre aktiviteter.

(b) Har ofte problemer med å opprettholde oppmerksomheten om oppgaver eller lekeaktiviteter.

(c) Synes ofte ikke å høre etter ved direkte henvendelser.

(d) Har ofte vansker med å følge etter på instruksjoner og mislykkes i å fullføre skolearbeid, plikter eller oppgaver på arbeidsplassen (skyldes ikke trassig atferd eller manglende forståelse)

(e) Har ofte problemer med å organisere oppgaver og aktiviteter.

(f) Unngår ofte og misliker eller vegrer seg mot å påta seg oppgaver som krever vedvarende konsentrasjon (f.eks. skolearbeid eller lekser)

(g) Mister ofte ting som er nødvendige for å utføre oppgaver eller aktiviteter på skolen eller hjemme. (for eks lekser, skolesaker, blyanter, bøker eller verktøy)

(h) Blir lett distrahert av uvesentlig stimuli

(i) Er ofte glemsk i forbindelse med daglige gjøremål.

(2) Seks(eller flere) av følgende symptomer på hyperaktivitet/impulsivitet har vart i minst 6 måneder i en grad som er avvikende forutviklingstrinnet.

Hyperaktivitet

Personen

- (a) er ofte rastløs med hender og føtter, eller vrir seg på stolen (b)forlater ofte plassen sin i klasserommet eller i andre situasjoner der det forventes at man skal sitte rolig.
- (c) løper ofte rundt eller klatrer på ting i situasjoner der det ikke er passende (hos ungdom og voksne kan dette begrenses til subjektiv følelse av rastløshet).
- (d) har vansker med å leke eller delta i fritidsaktiviteter på en rolig måte.
- (e) er ofte på farten eller oppfører seg som ”drevet av en motor”.
- f) snakker ofte svært mye.

Impulsivitet

Personen

- g) buser ofte ut med svar før spørsmål et er ferdigstilt.
 - h) har ofte vansker med å vente på tur.
- avbryter og forstyrrer oftere enn andre (f. eks. blander seg inn i andres samtaler eller lek)

B. Noen symptomer på hyperaktivitet- impulsivitet eller uoppmerksomhet må ha vært tilstede før 7 års alder i en slik grad at det har forårsaket nedsatt funksjonsevne.

C. Noe nedsatt funksjonsevne er tilstede i to eller flere situasjoner (for eksempel på skolen, eller arbeid og i hjemmet)

D. Det må være klar klinisk signifikans på avvik i sosial-, akademisk eller arbeidsmessig funksjonsevne

Vedlegg 2

Til informanten
2006

Ullevål Hageby, 5 januar

Hei!

Jeg er en student som i fem år har studert ved universitetet i Oslo, masterstudiet i spesialpedagogikk med fordypning i psykososiale vansker. Jeg går nå inn i mitt avsluttende semester av studie, og i den forbindelse skal jeg gjøre et forskningsprosjekt som handler om jenter og kvinner med diagnosen AD/HD. Dette er en forespørsel til kvinner som har fått diagnosen i voksen alder om å delta i undersøkelsen, samt en redegjørelse for hva dette prosjektet innebærer.

Formål med prosjektet

Hovedformålet er å rette søkelyset mot kvinner som har fått diagnosen AD/HD som voksne. Jeg vil forsøke å gripe fatt i deres egne erfaringer og opplevelser om det å vokse opp med en ubehandlet diagnose. Om betydningen av å få navnsatt problemene i voksen alder. Jeg ønsker å få tak kvinners egne beskrivelser om hva som har vært vanskelig, og om hva som har ført til forbedring eller forverring, også om hva som har vært med på å farge den enkeltes måte å mestre sine symptomer på. Det kan være grunn til å tro at jenter med AD/HD er underdiagnostisert. På bakgrunn av dette ønsker jeg også å fokusere på eventuelle årsaker til at AD/HD er en mindre benyttet diagnose ovenfor jenter og kvinner. Jeg ønsker her å løfte fram kvinnes egne tanker om hva som kan være grunnen til dette, og hva den enkelte synes må til for å kunne identifisere AD/HD hos jenter så tidlig som mulig. Jeg har tro på at mer kunnskap om jenter og kvinner med AD/HD kan være med på å gi et menneskelig, faglig og praktisk overføringsgrunnlag. Med andre ord tror jeg at dere som blir med i undersøkelsen kan være gode eksempler for andre i samme situasjon. Dere sitter med verdifull og viktig kunnskap som kan bidra til at jenter og kvinner med AD/HD kan få adekvat oppfølging og hjelp.

Beskrivelse av fremgangsmåten

Jeg tenker å gjøre et intervju/samtale med til sammen fire kvinner. Intervjuene vil bli gjort hver for seg, og vil vare i opp til to timer. For å kunne beskrive så nøyaktig så mulig det dere uttrykker, og for å få med meg mest mulig vil jeg ta opp samtalen på lydbånd. Når dette er gjort, vil jeg samle opplysningene og skrive resultatene ned i det som skal bli et offentlig hefte, en master oppgave.

Konfidensialitet, anonymisering og samtykke

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Lagret materialet på PC og ferdig master oppgave skal anonymiseres slik at personlige opplysninger ikke kan knyttes til den enkelte deltager. Person identifikasjon skal ikke lagres på PC eller i selve lydbånd opptaket, alt som blir tatt opp på lydbåndet blir slettet etter at de er skrevet av.

Jeg er vant til å forholde meg til taushetsplikten. Jeg vil imidlertid snakke med min veileder om alt som har med prosjektet å gjøre. Hun har også taushetsplikt. Min veileder heter Rita Tangen og er rådgiver ved Torshov kompetansesenter. Tlf 22 90 17 00

Deltagernes rettigheter

Det er frivillig å delta i prosjektet, og det er mulig å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Det å trekke seg fra prosjektet medfører ikke erstatningsplikt eller begrunnelsesplikt eller andre konsekvenser. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet.

Andre relevante opplysninger om prosjektet

Intervjuene /samtalene vil foregå i februar 2006. Master oppgaven er planlagt ferdig 1 juni 2006 . Mitt studiested er Universitetet i Oslo, Helga Engs Hus, Postboks 1116 Blindern, Tlf 22 84 44 45. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S.

Hvis det er noe du lurer på vedrørende prosjektet, kan du ringe meg på mobil 98622135 eller hjem nr 22609690. Du kan også få tak meg på mail: anewagle@online.no

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Det er fint om du sender den så fort som mulig. Legger ved ferdig adressert og frankert konvolutt.

Med vennlig hilsen Anette Mossin Wagle

Langlia 8, 0854 Oslo

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet ”jenter og kvinner med AD/HD” og ønsker å la meg intervju av Anette Mossin Wagle.

SignaturDato.....

Telefonnummer.....

Vedlegg 3

Intervjuguide – Om Kvinner med AD/HD ”som en rød tråd gjennom livet”

Kontaktetablering

Forklare hensikten med intervjuet. Si noe om hva jeg ønsker å fokusere på gjennom samtalen. Jeg vil også presisere at det ikke skal komme fram av intervjuet bosted, navn , hvor vedkommende arbeider. Jeg vil også minne på anonymitetsbeskyttelsen, at ingen andre skal få lytte til opptaket, og at ingen vil bli gjenkjent. Tenker at det er viktig å være åpen om at jeg er nybegynner på intervjufronten og heller ingen spesialist når det gjelder kvinner og AD/HD. Jeg vil gi uttrykk for at det er informantene som har best kunnskap om sin egen situasjon. Jeg vil også si noe om at de bare må stoppe meg hvis det er spørsmål som er uklare, eller om det er spørsmål de ikke ønsker å svare på .

Informasjon om informanten

- Er du i fast arbeid?
- Har du noen form for utdanning?
- Er du i et stabilt parforhold?
- Har du barn?
- Hvor gammel var du da du fikk diagnosen AD/HD?

Om kvinnenenes tidligere skoleerfaringer

Om du ser tilbake fra første klasse og fremover til endt ungdomskole og videregående skole. Hvordan vil du beskrive /si at skolen har vært for deg?

- Om positive erfaringer, på hvilken måte var det positivt
- Om du hadde problemer på skolen. På hvilken måte artet dine problemer seg på? Hva var det som var mest vanskelig synes du?
- Kan du huske sånn ca hvor gammel du var da ting ble vanskelig?
- Var det noen som så deg ,ga deg trøst eller som hjalp deg da noe var vanskelig?
- Kan du fortelle om du hadde noen bestemt rolle på skolen?

-
- Kan du si noe om det var knyttet spesielle forventninger til deg og hvordan du måtte oppføre deg på skolen?
 - Gjør du deg noen tanker om disse forventningene var knyttet opp mot det at du var jente?
 - Hvordan tror du at lærerne dine ville beskrive deg som elev?
 - Hvordan vil du beskrive lærerne du hadde?
 - Er det noen lærere som du husker veldig godt?
 - Kan du si noe om hvorfor, fortell?
 - Synes du at du fikk utnyttet evnene dine

kvinnerenes erindringer om seg selv

Om du ser tilbake på barneårene og ungdomsårene, hvordan vil du karakterisere/ beskrive deg selv fra den tiden?

- Eks: Kan du bruke tre ord som gir en karakteristikk av deg selv både som barn og som ungdom
- Kan du si noe om hvordan du så på deg selv da du var yngre?
- Kan du huske om du tenkte positivt om deg selv? På hvilken måte?
- Kan du huske om du tenkte negativt om deg selv? Beskriv hvordan
- Hvis noen andre som kjente deg skulle si noe om hvordan du var, hva ville de sagt tror du? Sammenliknet med andre jenter, kan du huske om du følte deg annerledes?
- Fortell om det som eventuelt gjorde at du følte deg annerledes?

Hadde du noen spesielle interesser/ hobbyer da du var yngre?

- Var det noe du husker at du likte å gjøre?
- Kan du nevne noe som du synes at du mestret, som du var god til?

Om forholdet til familien/foreldre i oppveksten

- Hvordan vil du beskrive forholdet du hadde til familien/foreldrene dine?
- Kom du ofte opp i konflikter? Beskriv på hvilken måte?
- Kan du erindre noe om hvordan familien reagerte/responderte på deg?
- For eksempel hva slags respons fikk du på deg selv ?
- Kan du si noe om hva slags rolle du hadde i familien?
- Gjør du deg noen tanker om hva slags forventninger familien din hadde til deg?

- Kan du huske om foreldrene dine viste tegn til bekymring angående deg?
- Vet du om de for eksempel snakket med skolen angående sine bekymringer?
- Eller med andre? Snakket de med deg om det?

Om kvinnenens tidligere opplevelser av vennskap og sosiale relasjoner

Om du ser tilbake på barneårene og ungdomstiden, hvordan vil du da beskrive forholdet ditt til jevnaldrende og venner?

- Kan du si noe om hvordan du fungerte sosialt?
- Opplevde du deg selv som en utadvendt eller innadvendt jente?
- På hvilken måte?
- Om du hadde problemer i vennskap og i relasjoner med andre, hvordan vil du si at de fortonet seg?
- Har du noen positive vennskaps opplevelser som du vil fortelle om?
- Kan du si noe om hva slags rolle du hadde blant vennene dine?
- Kan du huske hvordan venner reagerte på deg (positive og negative reaksjoner)
- På hvilken måte tror du at din AD/HD diagnose var med på å påvirke forholdet ditt til andre?

Om å bli voksen

Kan du fortelle om overgangen fra ungdom til voksen livet.

- Av alle de tingene som vi til nå har snakket om, var det noen problemer som ble forsterket eller som ble tydeligere i takt med at du ble eldre?
- Kan du beskrive på hvilken måte vanskene ble forsterket?
- Hva tror du kan være grunnen til dette?
- Har du hatt problemer eller vansker som du tidligere ikke har forbundet med en AD/HD diagnose?
- Hvordan viste de seg?

Om utredningsfasen – møte med hjelpeapparatet

- Hva var det som gjorde deg oppmerksom på at du kunne ha diagnosen AD/HD?
- Når tenkte du første gang at det kunne være noe spesielt med deg?
- Hvem tok du kontakt med da lurte på om det kunne være AD/HD?

Om møte med hjelpeapparatet.

- Hvordan ble du tatt i mot?
- Kan du beskrive hva som var bra ?
- Kan du beskrive det som ikke var bra?
- Hvor lang tid tok det fra du tok kontakt med legen/ spesialisthelsetjenesten til du fikk diagnosen?

Da det ble klart at du hadde AD/HD - hvordan reagerte du?

- Hva tenkte du
- Fortalte du om det til andre.
- Hva slags oppfølging ble du tilbudt?
- Fikk du tilbud om medisiner?
- Er du fornøyd med det tilbudet du fikk?
- Synes du at du fikk nok informasjon om hva det innebærer å ha diagnosen AD/HD(Om selve diagnosen)

Om å betydningen av å få diagnosen AD/HD som voksen

Hva tenker du om forskjellen på tiden før og etter du fikk vite at du hadde AD/HD?

- Kan du fortelle om noe har forandret seg etter at du fikk diagnosen?
- Kan du si noe om hva som har blitt bedre?
- Kan du si noe om det som ikke har blitt bedre?

Hvilken betydning tror du det har hatt for deg å få diagnosen nå i voksen alder?

- Kan du beskrive hva det har gjort noe med forståelsen av deg selv?(har det virket oppklarende på noen måte- fortell, utdyp)
- Tror du andre har lagt merke til at noe i deg har forandret seg?
- På hvilken måte?
- Gjør du deg noen tanker om hvordan livet ditt hadde blitt hvis du hadde fått diagnosen da du var yngre(på et tidligere stadiet)?
- Hvordan tenker du at du hadde hatt nå hvis du ikke hadde fått noen diagnose i det hele tatt?
- Hvordan ser du på din egen diagnose i dag?
- Opplever du for eksempel å bli stigmatisert fordi du har AD/HD

- Synes du at det kan være vanskelig å være åpen om at du har AD/HD?
- Kan du si noe om hvorfor det kan være vanskelig

Om hvordan diagnosen AD/HD viser seg (symptomer)

AD/HD viser seg på ulike måter, fortell om hvordan diagnosen viser seg hos deg?

Fortell om hva det vil si for deg å leve med diagnosen AD/HD som voksen?

- Hvordan påvirker det dagliglivet ditt (sosialt og praktisk)?
- Kan du fortelle om situasjoner der du synes at det er vanskelig å fungere sammen med andre?
- Kan du fortelle om situasjoner som gjør at du føler deg vel (at du har det bra sammen med andre)?
- Hvordan påvirker det arbeidslivet ditt?
- Hvordan synes du at det påvirker familielivet?
- Hva slags forståelse har du fått av de som står deg nær?
- Gjør du deg noen tanker om hva det innebærer for dine nærmeste at du har AD/HD?
- Synes du det kan være vanskelig å sette grenser for andre?
- Hva tror du kan være grunnen til dette?
- Går du ofte rundt med dårlig samvittighet?
- Hender det ofte at du får en følelse av å være mindreverdig?
- Hvordan er det med humøret ditt? (Generelt stemningsleie)
- Kan du beskrive hvordan?

Om mestringsstrategier

- Har du laget deg noen egne taktikker eller strategier som hjelper deg ?
- Fortell om hvordan du bruker disse. Kan du komme med noen eksempler?
- Er noe ved AD/HD diagnosen som du synes har vært positivt?
- Hva har vært mest plagsomt?

Om ulike roller i livet

- Om morsrollen: Hva har vært den største utfordringen for deg med tanke på å ha AD/HD og være mor?
- Om venn/venninnerrollen: Hvordan har du det med venner , hvordan syntes du at du fungerer i andre sosiale situasjoner

-
- Om kjæreste/ partnerrollen: Hva har vært den største utfordringen for deg med tanke på å ha AD/HD og være i et fast kjæresteforhold?
 - Har du noen tanker om hva slags forventninger omgivelsene dine har til deg som kvinne?
 - Fortell om hvilke forventninger du synes det kan være vanskelig å leve opp til?
 - Syntes du at det blir stilt for mange krav til deg?
 - Stiller du mange krav til deg selv, på hvilken måte?
 - Hvilke egenskaper har du som du synes er positive?
 - Hvilke egenskap har du som du synes er negative?
 -

Om fremtiden

- Kan du nevne noe som har vært av avgjørende betydning for deg i livet ditt positivt sett?
- Hvilke tanker gjør du deg om fremtiden og om muligheten til å påvirke din egen livssituasjon?
- Hva tror du at du må jobbe mer med for at du skal få det bra?
- Har du noen spesielle bekymringer når du ser fremover?

Om hva informantene tror kan være grunnen til at diagnosen AD/HD er mindre benyttet ovenfor jenter og kvinner?

- Det kan være grunn til å tro at det finnes mange jenter og kvinner med AD/HD som aldri blir oppdaget (får en diagnose)?
- Hvilke tanker gjør du deg om det (eller hva tror du kan være grunnen til det)?
- Om du tenker på de erfaringene du har gjort deg gjennom livet knyttet til det å ha AD/HD: Hvordan vil du si at det har påvirket deg og din personlighet?
- Om du tenker tilbake, hva ønsker du skulle vært gjort annerledes.
- Hva tror du må til for å oppdage AD/HD hos jenter så tidlig som mulig?

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Peer Møller Sørensen
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 01.02.2006

Vår ref: 14043/SM

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.01.2006. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.01.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

14043	<i>Om jenter og kvinner med diagnosen AD/HD</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Peer Møller Sørensen</i>
Student	<i>Anette Mossin Wagle</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

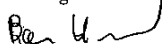
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2006 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anette Mossin Wagle, Langlia 8, 0854 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uib.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarve@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uit.no